



**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN
PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL, EN EL
GRUPO SAN MIGUELITO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS**

DAVID SANJUR

CIUDAD DE PANAMÁ, REPUBLICA DE PANAMA

2018

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN
PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL, EN EL
GRUPO SAN MIGUELITO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS**

**DAVID SANJUR
9 732 1454**

**Tesis presentada como uno de
los requisitos de graduacion,
para optar al grado de Maestria
en Psicologia Clinica**

**Ciudad de Panama, Republica de Panama
2018**

DEDICATORIA

*Al Doctor Felix Correa por
su admirable conocimiento
inigualable confianza y su
incansable don de apoyo*

11 MAY 2018

Yorgio Amador

AGRADECIMIENTO

A cada uno de los valiosos hombres y mujeres que decidieron participar de este programa así como al equipo directivo del Grupo en especial al Señor Bonifacio Facho quien en diciembre de 2017 entregó su alma al poder superior sin embargo su legado perdurará por siempre en quienes trabajamos junto a él. Gracias por permitirme poder ser parte de su centro sus experiencias y testimonios que sin duda nos hacen reconocer que el deseo de cambiar agita el mundo de toda persona.

Al profesor Eloy Santos quien decidió apoyarme con su conocimiento tiempo y dedicación a través de cada día con día siendo un genuino experto e incansable hombre de la investigación.

A mi familia por ser inspiración impulso y soporte en cada momento en que imperó el tiempo de estudio y dedicación a la investigación.

A cada uno de ustedes mis mayores y más sinceras muestras de afecto consideración y respeto por sus acciones encaminadas a hacer de mí la mejor versión de sí.

INDICE

	Paginas
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Indice	V
Indice de cuadros	X
Indice de graficos	XII
Resumen / Sumary	XV
Introduccion	XVI

CAPITULO I MARCO TEORICO

1	Psicologia y Psicoanalisis	2
2	Psicoterapia	5
2 1	Conceptos de psicoterapia	5
2 2	Evolucion historica	6
2 3	La Tecnica Catartica	9
2 4	La nueva tecnica	11
2 5	Teoria Tecnica y Etica	13
3	Psicoanalisis y su contribucion a la Sociologia	15
3 1	Microsociologia	17
4	Psicoterapia del grupo de enfoque Psicoanalitico	20
5	Intervenciones Psicoterapeuticas	29
5 1	La aclaracion	29
5 2	La confrontacion	30
5 3	La interpretacion	31
5 4	La sugerencia y la prohibicion	35
5 5	El control activo	37
5 6	La posicion terapeutica	38

6	Alcohol	40
6 1	Generalidades	40
6 1 1	Conceptos	42
6 1 2	Factores que influyen en el uso y consumo nocivo de alcohol	43
6 1 2 1	Herencia	44
6 1 2 2	Ambiente	44
6 1 2 3	Aprendizaje	44
6 1 3	Efectos	45
6 1 4	Consumo perjudicial	46
7	Criterios diagnosticos para los trastornos por consumo de alcohol	48
7 1	Criterios Diagnosticos (DSM 5) (Asociacion Americana de Psiquiatria 2014)	49
7 1 1	Trastornos relacionados con el alcohol	50
7 1 1 1	Trastorno por consumo de alcohol	50
7 1 1 2	Intoxicacion por alcohol	53
7 1 1 3	Abstinencia de alcohol	54
7 1 1 4	Otros trastornos inducidos por el alcohol	53
7 1 1 5	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado	56
7 2	Criterios Diagnosticos (CIE 10) Clasificacion Internacional de Enfermedades 1994	57
7 2 1	F10 0 Intoxicacion aguda	58
7 2 2	F10 1 Consumo perjudicial	62
7 2 3	F10 2 Síndrome de dependencia	63
7 2 4	F10 3 Síndrome de abstinencia	67
7 2 5	F10 4 Síndrome de abstinencia con delirium	68
7 2 6	F10 5 Trastorno psicotico	69
7 2 7	F10 6 Síndrome amnesico	71
7 2 8	F10 7 Trastorno psicotico residual y trastorno	

	psicotico de comienzo tardio inducido	
	por alcohol o por sustancias psicotropas	73
7 2 9	F10 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento	75
7 2 10	F10 9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificacion	75
8	El alcohol desde una perspectiva de Salud Publica Mundial	76
9	Grupo Alcoholicos Anonimos (A A)	77
9 1	Posicion actual	78
9 2	¿Como funciona?	79
9 3	Los doce pasos de alcoholicos anonimos	80
9 4	Las doce tradiciones de alcoholicos anonimos	81
9 5	Oracion de la serenidad	82
10	Reseña historica del Grupo de A A San Miguelito	83

CAPITULO II ASPECTOS METODOLOGICOS

1	Planteamiento del problema	85
2	Justificacion	89
3	Objetivos	91
3 1	Objetivos Generales	92
3 2	Objetivos especificos	92
4	Hipotesis	92
4 1	Hipotesis alterna	92
4 2	Hipotesis nula	92
5	Variables	93
5 1	Variable independiente	93
5 2	Variable dependiente	93
5 3	Definicion de variables	93
5 3 1	Definicion conceptual de variable independiente	93
5 3 2	Definicion operacional de variable independiente	93
5 3 3	Definicion conceptual de variable dependiente	93

5 3 4	Definicion operacional de variable dependiente	94
6	Tipo y Diseño de investigacion	94
7	Poblacion y Muestra	96
7 1	Poblacion Objeto	96
7 2	Muestra	96
7 3	Seleccion de la Muestra	97
7 4	Sujetos	97
7 4 1	Criterios de inclusion	97
7 4 2	Criterios de exclusion	98
7 5	Procedimientos para controlar afectaciones con la Seleccion y tamaño de la muestra	98
8	Instrumentos y procedimientos de recoleccion de datos	99
8 1	Instrumentos	99
8 2	Metodos	101
9	Modelo de Analisis Estadistico	102
9 1	Analisis Estadistico Descriptivo	102
9 2	Prueba de Hipotesis	106
 CAPITULO III RESULTADOS Y ANALISIS		
1	Caracteristicas Generales de la Muestra	112
2	Resultados y Analisis de pre test y post test	120
 CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
1	Conclusiones	141
2	Recomendaciones	143

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexo 1 Formato de consentimiento informado

Anexo 2 Formato de entrevista

Anexo 3 Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas

Anexo 4 Formato de Pre Test

Anexo 5 Formato de Post Test

Anexo 6 Cuadro de Mando Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos San Miguelito Republica De Panama Octubre – Noviembre 2017

Anexo 7 Registro de Intervenciones desarrolladas en el Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos San Miguelito Republica De Panama Octubre – Noviembre 2017

Anexo 8 Grupo de Alcoholicos Anonimos San Miguelito Republica de Panama Octubre – Noviembre 2017

INDICE DE CUADROS

	Pagina
Cuadro I Principales causas de consulta en salud mental en las instalaciones del Ministerio de Salud Republica de Panama Año 2012	86
Cuadro II ¿Hoy considera usted eficiente las intervenciones psicoterapeuticas individuales desarrolladas?	120
Cuadro III ¿Hoy considera usted eficiente las intervenciones psicoterapeuticas en grupo ?	122
Cuadro IV En que rango ubica las intervenciones psicoterapeuticas dentro de su propio proceso de recuperacion	124
Cuadro V ¿Como considera las intervenciones psicoterapeuticas para afrontar su vida?	126
Cuadro VI Las intervenciones psicoterapeuticas dentro de este programa ¿Como cree usted que funcionan?	128
Cuadro VII El tiempo dedicado como participante de este programa le resulto	130
Cuadro VIII ¿Que efectos cree usted que logran las intervenciones psicoterapeuticas en su vida?	132
Cuadro IX ¿Como cree usted fue la relacion profesional con el psicoterapeuta?	134
Cuadro X ¿Como califica usted la labor del psicoterapeuta?	136
Cuadro XI ¿Como califica usted generalmente este programa de intervenciones psicoterapeuticas?	138

INDICE DE GRAFICOS

	Pagina
Grafico No 1 Muestra por genero	113
Grafico No 2 Muestra por edad	114
Grafico No 3 Muestra de acuerdo al Estado Civil	115
Grafico No 4 Muestra por cantidad de hijos	116
Grafico No 5 Muestra por nivel de empleabilidad	117
Grafico No 6 Muestra de acuerdo a ingreso familiar	118
Grafico No 7 Muestra de acuerdo al Corregimiento de residencia	119
Grafico No 8 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun percepcion del nivel de eficiencia de las intervenciones psicoterapeuticas individuales Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	121
Grafico No 9 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun percepcion del nivel de eficiencia de las intervenciones psicoterapeuticas grupales Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	123
Grafico No 10 Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post test segun percepcion del nivel de satisfaccion de las	

intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	125
Grafico No 11 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun percepcion del nivel afrontamiento para la vida de las intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	127
Grafico No 12 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun percepcion del nivel de funcionamiento de las intervenciones psicoterapeuticas del programa Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	129
Grafico No 13 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun valoracion del tiempo dedicado al programa de las intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	131
Grafico No 14 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun apreciacion de efectos en la vida del participante de las intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	133
Grafico No 15 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun percepcion de la relacion profesional terapeuta-paciente de las intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017	135

Grafico No 16 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun nivel de evaluacion de la labor del terapeuta en el programa de intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017

137

Grafico No 17 Porcentaje de participantes encuestados en pre test y post test segun percepcion del nivel de calidad general del programa de intervenciones psicoterapeuticas Grupo de Alcoholicos Anonimos de Distrito de San Miguelito Panama Octubre – Noviembre 2017

139

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo se centra en el tratamiento del consumo de alcohol el cual se ha convertido en problema de salud pública a nivel global tal como reportan múltiples documentos de organismos internacionales y documentos epidemiológicos sobre el estado de salud de la población en la República de Panamá que no escapa a la realidad del consumo de alcohol. Este fenómeno que tiempo atrás era socialmente aceptado hoy día es clasificado como una enfermedad que afecta a la salud mental y que requiere un proceso de tratamiento y rehabilitación donde intervienen profesionales de la psicología. En función de la investigación en curso el objetivo central pretende demostrar la capacidad de las intervenciones terapéuticas bajo el modelo psicodinámico en el tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol. Teóricamente sostenido en un enfoque delimitado por la teoría psicodinámica. La metodología desarrollada es de tipo cuantitativo de cohorte longitudinal. Construida con un alcance explicativo bajo un diseño cuasi-experimental de un grupo con pre test y post test. La muestra es de 12 pacientes quienes se encuentran en el programa de rehabilitación y tratamiento del grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito. En cuanto a el instrumento se ha diseñado una escala tipo likert para la aplicación en modalidad pre test y post test y así captar los datos de los sujetos de estudio referentes a la valoración de las intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas dentro del programa finalmente implica coleccionar información actualizada y funcional como referente a nuevas investigaciones y políticas públicas en los próximos años.

Palabras Clave *consumo alcohol intervenciones psicoterapéuticas*

ABSTRACT

The present work focuses on the treatment of alcohol consumption which has become a public health problem globally as reported by multiple documents of international organizations and epidemiological documents on the state of health of the population in the Republic of Panama which does not escape the reality of alcohol consumption. This phenomenon that was once socially accepted is now classified as a disease that affects mental health and requires a process of treatment and rehabilitation where professionals of psychology intervene. Based on the ongoing research the central objective is to demonstrate the capacity of therapeutic interventions under the psychodynamic model in the treatment of people with problems of alcohol consumption. Theoretically sustained in an approach delimited by psychodynamic theory. The methodology developed is of a quantitative longitudinal cohort type. Built with an explanatory scope under a quasi experimental design of a group with pre test and post test. The sample is of 12 patients who are in the program of rehabilitation and treatment of the group of Alcoholics Anonymous of San Miguelito. As for the instrument a likert scale has been designed for the application in pre test and post test mode and thus capture the data of the study subjects referring to the assessment of the psychotherapeutic interventions developed within the program finally it involves collecting updated and functional information as a reference to new research and public policies in the coming years.

Keywords *consumption alcohol psychotherapeutic interventions*

INTRODUCCION

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud – OMS (2011) los trastornos debidos al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas como las drogas lícitas o los psicotrópicos son un problema creciente en términos epidemiológicos y de gran impacto social sin embargo la brecha de tratamiento es muy alta y no se dispone de los servicios adecuados para afrontar esta situación

Existe una población que no acude a los centros de atención en salud y deciden ir a los grupos de auto ayuda como por ejemplo a los grupos de alcohólicos anónimos para ingresar a un proceso de tratamiento y rehabilitación lo cual nos lleva a plantear nuestro objetivo central en esta investigación que es demostrar la capacidad de las intervenciones psicoterapéuticas bajo el modelo psicodinámico en el tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol dentro de un grupo de alcohólicos anónimos

En función de lo anterior hemos diseñado la presente investigación a través de cuatro (4) capítulos los cuales se componen de las siguientes temáticas a saber

- **Capítulo Iº Marco Teórico** presentamos la elección del modelo psicodinámico que expone una amplia teoría sobre la psicoterapia de corte psicoanalítico y que según varios autores la psicoterapia de grupo de enfoque psicoanalítico comprende el trabajo colectivo de personas que requieren un tratamiento adicional y / o complementario al tratamiento

individual Así como también los criterios diagnósticos de la CIE-10 y el DSM 5 para los trastornos relacionados con el alcohol

- **Capítulo II Aspectos Metodológicos** compendio que describe diseño de la presente investigación a través de su método metodología técnicas e instrumentos así como los procedimientos de obtención de la población y muestra entre otros
- **Capítulo III Análisis de Resultados** considerado uno de los capítulos más sobresalientes dada la presentación de los cuadros y la representación en gráfica de los resultados obtenidos como producto de esta investigación
- **Capítulo IVº Conclusiones y Recomendaciones** este último momento ha sido dedicado a las posturas finales mismas a las que hemos llegado luego de la interpretación de los ya mencionados capítulos anteriores

Finalmente hoy día podemos reflexionar que la comunidad científica a nivel global continúa aportando múltiples investigaciones que nos presentan un mejor y más claro escenario pero que nuestra labor profesional como psicólogos clínicos nos invita al desarrollo de la investigación y el tratamiento teniendo como producto final la ampliación y divulgación del conocimiento que por ende trasciende en beneficio de todos como sociedad

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

*La ciencia moderna aun no ha producido un
medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son
unas pocas palabras bondadosas*

Sigmund Freud

1 Psicología y Psicoanálisis

Cuando la psicología se separó de la filosofía para ser experimental en el siglo XIX el porque de los comportamientos humanos perdió el estatus como el primer objetivo de los psicólogos Sigmund Freud siendo un genio (considerado por muchos) desarrolló posteriormente toda una teoría explicando el significado de las relaciones interpersonales en sus aspectos conscientes pre-conscientes e inconscientes

Freud en sus inicios estudió por primera vez la histeria lo cual fue criticado por los filósofos Entonces la ciencia de la época moderna separó la explicación racional en ideas de ellos mismos que consistían en la manera como se compartía la narrativa En aquella época el proceso psicoanalítico estaba basado en la relación entre dos participantes el que es analizado narra su vida o historia al analista que hace interpretaciones para revisar la historia y construir una nueva y más efectiva que se adapte al pasado y al presente (Etchegoyen 2010)

Viendolo de esta manera el psicoanálisis es una forma especial de psicoterapia que empieza a ser científica en la Francia del siglo XIX cuando se desarrollan dos grandes escuelas sobre la sugestión en Nancy con Liebeault y Bernheim y en la Salpêtrière con Jean Martin Charcot (Etchegoyen 2010)

Sin embargo muchos autores consideran que Sigmund Freud creó el psicoanálisis aunque el mismo no lo consideraba así. Debido a que este término psicoanálisis posee diversas acepciones es común que se enfatice una de ellas a expensas de las otras (Etchegoyen 2010).

El psicoanálisis se inició como un método psiquiátrico elaborado por Freud para curar trastornos neuróticos en un comienzo síntomas histericos. Luego se utilizó frente a otros tipos de neurosis y posteriormente en las psicosis. Hasta ahora no hemos salido del campo de la psiquiatría y de no mediar la generalización que tuvieron las observaciones recogidas en el terreno de la psicopatología el psicoanálisis en rigor no sería más que un método (poderoso y de elección en numerosos campos) y una teoría psiquiátrica (Grinber Langer & Rodrigue 1977).

Pero bien pronto Freud vislumbró su primera gran generalización al comprobar que la manifestación anormal de la mente solo constituye una exageración de la manifestación normal es decir que no difiere en su esencia (Strachey 1991).

Desde ese momento el síntoma neurótico dejó de ser considerado como estigma o como balbuceo incongruente de la mente enajenada convirtiéndose en un poderoso elemento para la comprensión de las leyes

generales del psiquismo. En efecto, en muchos casos fue necesaria la gruesa manifestación sintomática para comprobar la presencia de un fenómeno cuya génesis era importante pero difícil de individualizar en la mente normal (Cohler & Galatzer Levy 2007).

Vemos entonces que el psicoanálisis, además de ser una terapia psiquiátrica, presenta una teoría general del psiquismo (Greenson 2004). En este campo, Freud realizó otra generalización de similar envergadura. En lo que se puede legítimamente denominar psicología pre-freudiana existían ciertas manifestaciones psíquicas - además del síntoma neurótico - que no eran tenidas en cuenta, es decir, frente a las cuales las teorías vigentes no aportaban contribución alguna y por lo tanto las ignoraban. Ya para 1905, Freud declaró en la conferencia "Sobre Psicoterapia":

puedo afirmar que la Psicoterapia analítica es la más poderosa la de más amplio alcance y la que consigue una mayor transformación del enfermo. Abandonando por un momento el punto de vista terapéutico, puedo afirmar también que es la más interesante y la única que nos instruye sobre la génesis y la conexión de los fenómenos patológicos. Por la visión que nos procura del mecanismo de la enfermedad anímica, es también la única que puede conducirnos más allá de sus propios límites e indicarnos el camino de otras formas de influjo terapéutico (p. 3)

2 Psicoterapia

2.1 Concepto de Psicoterapia

De acuerdo al Diccionario de Psicoanálisis (2004) el concepto de psicoterapia puede definirse desde tres perspectivas a saber

- 1 En sentido amplio todo método de tratamiento de los trastornos psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y de manera más precisa la relación del terapeuta con el enfermo hipnosis sugestión reeducación psicológica persuasión etc En este sentido el psicoanálisis es una forma de psicoterapia
- 2 En sentido más estricto a menudo se opone el psicoanálisis a las diversas formas de psicoterapia por diversas razones especialmente la función primordial que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia que tiende a su resolución
- 3 Con el nombre de Psicoterapia Analítica se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis Aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa

Sin embargo y tomando como referencia las ya mencionadas conceptualizaciones es de nuestro entender más aún que el psicoanálisis a llegado a ser una forma de psicoterapia

Una descripción más didáctica es presentada por el psicoanalista Víctor Hernández Espinosa (s.f.):

En cambio, la psicoterapia psicoanalítica propiamente dicha no es un producto de la evolución de aquellas psicoterapias pre-psicoanalíticas; al contrario, es una transformación del psicoanálisis que deriva históricamente de él: de él procede, de él toma todas sus orientaciones y con él se contrasta y se confronta continuamente. No es de extrañar que resulten difícilmente diferenciables si hacemos abstracción de que la psicoterapia psicoanalítica recupera como objetivo primordial el que lo había sido también inicialmente del psicoanálisis: el terapéutico (p.2).

2.2. Evolución Histórica:

El nacimiento de la psicoterapia se da a partir del hipnotismo del siglo XIX; sin embargo, se afirma con frecuencia y con razón que la psicoterapia es un viejo arte y una ciencia nueva; el arte de la psicoterapia, en cambio, tiene antecedentes ilustres y antiquísimos desde Hipócrates al Renacimiento, quienes traen una explicación natural de las causas de la enfermedad mental pero no un concreto tratamiento psíquico (Etchegoyen, 2010).

Tienen que pasar todavía cerca de tres siglos para que a estos renovadores los continúen otros hombres que, ellos sí, pueden ubicarse

en los albores de la psicoterapia. Son los grandes psiquiatras que nacen con y de la Revolución Francesa. El mayor de ellos es Pinel y a su lado aunque en otra categoría vamos a ubicar a Mesmer, son precursores aunque no todavía psicoterapeutas (Etchegoyen, 2010).

La psicoterapia comienza a ser científica en Francia en el siglo XIX (Escuela de Nancy con Liebau y Bernheim y la Escuela de la Salpêtrière con Charcot).

Albores de la Psicoterapia

Psiquiatras de la Revolución Francesa Pinel (1745-1826) y su discípulo Esquirol (1772-1840) crean el Tratamiento Moral, conjunto de medidas no físicas que preservan y levantan la moral del enfermo. Tratamiento que no alcanza aún a ser psicoterapéutico.

Liebau (1823-1904) en Nancy comienza a utilizar el hipnotismo como instrumento de investigación y de asistencia. Lo usa para demostrar la influencia de la moral sobre el cuerpo. Es un tratamiento personal y directo. El enfermo recibe la influencia en una actitud pasiva. Es un tratamiento personal pero no interpersonal.

Bernheim (1837-1919) pone mayor énfasis en la sugestión como productor del efecto hipnótico. Se hace más evidente la importancia de la relación médico-paciente fundamental para la psicoterapia.

Con los trabajos de Janet en Paris y de Breuer y Freud en Viena comienza propiamente la psicoterapia

Sigmund Freud (1856 1939) logra darle a la psicoterapia un caracter cientifico Desde ese momento es un tratamiento dirigido a la psiquis en un marco de relacion interpersonal y con respaldo en una teoria cientifica de la personalidad Por su metodo la psicoterapia se dirige a la psique a traves de la comunicacion su instrumento es el lenguaje verbal y pre verbal que se da en el marco de una relacion interpersonal Su finalidad es curar

Hacia 1880 Josef Breuer (1842 1925) tratando el caso de Anna O con hipnosis se encontro practicando una forma diferente de Psicoterapia Al utilizar la hipnosis no para eliminar los sintomas sino para darle la oportunidad de hablar y recordar

Freud con su genialidad indiscutible y con una mente curiosa e investigadora logra a partir de esta experiencia ir creando el psicoanalisis Esta evolucion de la tecnica y de la comprension de la enfermedad que va haciendo Freud se puede seguir en Estudios sobre la Histeria (1895) desde Emmy Von N que es tratada con hipnotismo electroterapia y masaje hasta Elizabeth Von R a la que trata ya sin hipnosis y con quien establece un dialogo verdadero Con ella usa la sugestion y el metodo de

la coercion asociativa como transito hacia el psicoanalisis propiamente dicho

En la conferencia Sobre Psicoterapia (1905) Sigmund Freud establece una diferencia entre el psicoanalisis (y el metodo catartico) y las otras formas de psicoterapia que existian para el momento. La explica a traves del hermoso modelo de Leonardo que diferencia en las artes plasticas aquellas que operan *per via di porre e per via di levare* que traducido al español mas cercano llegaría ser debido a la colocacion y debido al retiro

la pintura cubre de colores la tela vacia y asi la sugestion la persuasion y los otros metodos que agregan algo para modificar la imagen de la personalidad en cambio el psicoanalisis es como la escultura saca lo que esta de mas para que surja la estatua que dormia en el marmol

2.3 La Técnica Catártica

En el psicoanalisis existe una correlacion muy intima entre teoria y tecnica. La tecnica por un lado determina el metodo de observacion del psicoanalisis. Un determinado abordaje tecnico conduce a una teoria de la curacion de la enfermedad de la personalidad etc que a su vez influencia retroactivamente a la tecnica y la modifica para hacerla coherente con los nuevos hallazgos. De allí el nombre de Teoría de la Técnica.

Fue Josef Breuer (1842-1925) quien en los inicios del método catártico introduce una modificación técnica que lleva a una nueva teoría de la enfermedad y de la curación. Así, la técnica catártica descubre la disociación de la conciencia que se hace visible en cuanto produce una ampliación de la conciencia. La disociación de la conciencia origina dos teorías psicológicas fundamentales para su explicación: para Breuer es el estado hipnóide y para Freud es el trauma psíquico.

La teoría de los estados hipnóides de Breuer (siglo XIX) postula que la disociación de la conciencia se debe a que un determinado evento ocurre en una situación especial de la mente: el estado hipnóide, el cual puede ser producido por un estado de fatiga o por un incidente emotivo. Y por ello, el acontecimiento queda segregado de la conciencia de tal manera que el tratamiento consiste en retrotraer al paciente al punto en que se produjo la disociación de la conciencia por el estado hipnóide y que el acontecimiento pueda ser incorporado al curso asociativo normal.

La teoría de Freud era puramente psicológica: él consideraba que el acontecimiento mismo, por su índole, era rechazado de la conciencia. El estado hipnóide o no intervenía o lo hacía secundariamente (Etchegoyen, 2010).

Así la técnica la hipnosis catártica llevo a un descubrimiento la disociación de la conciencia y a ciertas teorías como la del trauma y la de los estados hipnoides que a su vez llevaron a modificar la técnica

2.4 La Nueva Técnica

La nueva técnica de Freud fue el psicoanálisis. Él decide abandonar la hipnosis ya que según Etchegoyen (2007)

Freud siempre se declaró mal hipnotizador tal vez porque ese método no satisfacía su curiosidad científica fue así como decidió a abandonar la hipnosis y elaborar una nueva técnica más acorde con su teoría del trauma (p 24)

También recuerdo la experiencia de Bernheim de la sugestión hipnótica y así empezó a estimular el recuerdo en sus pacientes. La coerción asociativa la uso con varias pacientes en especial con Elizabeth Von R

Este método le confirma a Freud que las cosas se olvidan cuando no se quieren recordar porque son dolorosas, feas, desagradables o contrarias a la ética o a la estética Etchegoyen (2010)

Freud encontró que Elizabeth no quería recordar que había una fuerza que se oponía al recuerdo. Así descubre la resistencia, noción muy importante para el psicoanálisis.

Lo que en el momento del trauma condiciona el olvido es lo que en el tratamiento condiciona la resistencia. Hay un conflicto entre el deseo de recordar y el de olvidar.

Si esto es así, es inútil usar la coerción, pues siempre se va a topar con la resistencia y será mejor dejar al paciente hablar libremente.

Así, la teoría de la resistencia lleva a una nueva técnica: la asociación libre, que se convierte en la regla fundamental. Con la asociación libre se van a descubrir nuevos hechos frente a los cuales la teoría del trauma y la del recuerdo ceden el paso a la teoría sexual.

El conflicto no es solo entre recordar y olvidar, sino entre fuerzas instintivas y fuerzas represoras. A partir de allí, los descubrimientos se multiplicaron:

- La sexualidad infantil
- El complejo de Edipo
- El inconsciente con sus leyes y contenidos
- La transferencia, etc.

En este nuevo contexto aparece la interpretación como instrumento técnico fundamental.

En la primera década del siglo, la teoría de la resistencia se amplía en dos sentidos: se descubre, por una parte, el inconsciente (lo resistido) con sus leyes (condensación, desplazamiento) y sus contenidos (la teoría de la libido).

y por otro lado la teoría de la transferencia una forma precisa de definir la relación médico paciente

A medida que se va comprendiendo y describiendo el fenómeno de la transferencia (primeramente en el caso de Dora 1905) surgen nuevas modificaciones en la técnica

Es entonces cuando aparece el encuadre como una respuesta técnica el analista debe ocupar el lugar de un espejo que solo refleja lo que es mostrado (lo que el paciente proyecta) permitiendo así la reformulación de la relación analítica y definiéndola en términos precisos y rigurosos

El análisis debe realizarse en abstinencia recordemos el principio que ha indicado Freud y que a su vez es técnica teórico y ético denominado *Furor Curandis* Sin embargo esto cambió sustancialmente en la segunda década del siglo XX

2.5 Teoría, Técnica y Ética

Freud dijo que el psicoanálisis es una teoría de la personalidad un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica Así el método de investigación coincide con el procedimiento curativo porque a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad es decir curarse de acuerdo a Etchegoyen (2010)

Descubriendo algunas situaciones (traumas conflictos o recuerdos) los síntomas se modifican la personalidad se enriquece se amplía y se reorganiza

Así se da también una relación singular entre la técnica y la ética. Podríamos decir que la ética es una parte de la técnica. Dado que la ética se integra en la teoría científica del psicoanálisis como una necesidad de su praxis y no solo como una aspiración moral (Greenson 2004)

Las fallas éticas del psicoanalista producen fallas de la técnica ya que sus principios básicos especialmente los del encuadre se sustentan en una concepción ética de igualdad respeto y búsqueda de la verdad (Greenson 2004)

La disociación entre teoría y práctica daña el instrumento de trabajo. No se pretende que el analista no tenga fallas o debilidades pero es necesario que pueda conocerlas y aceptarlas en su fuero interno por consideración al método a la verdad y a su paciente. Puesto que el analista tiene como instrumento de trabajo su propio inconsciente su propia personalidad

Uno de los principios de Freud es no ceder al *Furor Curandis*. Hoy en día sabemos que este es un problema de contratransferencia. Traducido a la práctica clínica entendemos que la regla de la abstinencia obedece a que el análisis tiene que transcurrir en privación en frustración en abstinencia es decir el analista no puede darle al paciente satisfacciones directas ya que

por ejemplo la satisfaccion directa quita al paciente la capacidad de simbolizar (Etchegoyen 2010)

Este recurso tecnico para el analista se transforma en una norma etica pues tampoco podemos aceptar las satisfacciones directas que el paciente pueda ofrecernos

Lo que el paciente asocia son solo asociaciones y no podemos usar esa informacion El secreto profesional se hace aun mas riguroso pues pasa a formar parte del principio de abstinencia (Etchegoyen 2010)

La atencion flotante implica recibir el material del paciente de la misma forma solo como una expresion de su mundo interno Todo lo que dice el paciente son sus opiniones y no necesariamente los hechos Debemos escuchar sus criticas y observaciones con una benevolente duda critica en especial si se refieren a otros colegas (Greenson 2004)

Aunque el analisis debe ser ejercido con flexibilidad ninguna intervencion analitica es valida si viola la regla de abstinencia (Etchegoyen 2010)

3 PSICOANÁLISIS Y CONTRIBUCION A LA SOCIOLOGIA

Se puede decir que Freud pudo por primera vez integrar la vida emocional del hombre en una teoria sistematica de la psiquis porque estudio esta expresion de la mente en su contexto adecuado Para que este fenomeno se pusiera bien en evidencia se necesitaba la concurrencia de dos personas

por lo menos Una que experimenta la emoci3n y otra hacia quien la emoci3n va dirigida

La psicología asociacionista del siglo pasado no logro comprender la naturaleza de las emociones en buena parte por haber aplicado el metodo inadecuado de la introspeccion Por comparacion con el metodo bipersonal analitico se puede denominar a la introspeccion comun un metodo unipersonal (o mas adecuadamente un metodo que opera con un campo unipersonal) La introspeccion que fue tan util para la comprension de los estados de conciencia no se prestaba como campo experimental para la comprension sistematica de los afectos (Grinber Langer & Rodrigue 1977)

Las consecuencias de la noción de campo han revolucionado a la psicología y pueden tener una influencia considerable sobre todo el panorama de las ciencias sociales en nuestra epoca

Lo revolucionario de la noción de campo es su programa metodológico Postula que es necesario reunir en el aquí y ahora del proceso a estudiar una serie de condiciones para que ese fenómeno se ponga en evidencia Así dos personas son necesarias para que determinados afectos se pongan de manifiesto Casi se podría hablar de distintas psicologías unipersonal bipersonal etc Esto nos lleva a considerar una nueva psicología la multipersonal o microsociología (Grinber Langer & Rodrigue 1977)

3 1 Microsociologia

La sociedad esta formada por grupos. Existen grupos de todo tipo: la madre con el niño en brazos forma un grupo; tambien tenemos el grupo familiar, el escolar y toda clase de grupos sociales: vocacionales y de trabajo. Del mismo modo cabe decir que una nacion o una confederacion de naciones constituyen un grupo. Los grupos sociales incluyen desde los agregados relativamente simples hasta los muy complejos. Se puede decir simplificando que la psicologia dinamica se ocupa de los primeros y la sociologia de los ultimos (Grinber, Langer & Rodrigue, 1977).

Ahora bien, el campo formado por un grupo de dos personas es totalmente distinto de aquel que esta formado por un millon de personas. Diferentes leyes se vuelven ostensibles en cada uno de ellos. El primero permite hacer un estudio mas o menos exhaustivo de las motivaciones psicologicas de la pareja que lo integra; el segundo permite estudiar la incidencia de ciertas variables sociologicas. Ambos grupos presentan asi mismo sus serias limitaciones. El primero es demasiado simple y reducido para permitir una generalizacion sociologica; el segundo es demasiado numeroso y complejo para permitir una ejemplificacion psicologica. En realidad solo con grupos reducidos mantenemos contacto mas o menos intimo y ellos constituyen las verdaderas matrices de nuestra vida social (Grinber, Langer & Rodrigue, 1977).

El estudio de los grupos reducidos es un campo de enorme interes cuya area es limitrofe y marginal con respecto a la psicologia bipersonal y a la de la sociologia de los grandes grupos. El estudio de los grupos reducidos constituye lo que se ha denominado la microsociologia. Este termino es adecuado ya que delimita una disciplina que es en cierto sentido autonoma.

Bien entendemos a la microsociologia como una tercera perspectiva cuyo enfoque por ser intermediario puede y debe beneficiar a ambas disciplinas.

Y la verdad es que la microsociologia carece en la actualidad de una teoria especifica de instrumentos adecuados. Se encuentra en pleno periodo formativo tanteando su camino. Veamos panoramicamente cual ha sido el sendero recorrido. Para esto es preferible desechar el criterio cronologico estricto enmarcando las diferentes contribuciones en una serie de tendencias o corrientes basicas.

El psicoanalisis apporto contribuciones de importancia para la solucion del dualismo individuo-sociedad que pasaremos a enumerar.

- 1) Reconocimiento definitivo de la importancia del medio ambiente en el desarrollo del individuo de su caracter y vida ulterior.
- 2) La teoria del superyo que implica que la sociedad con todas sus complejidades es asimilada a la estructura psiquica del individuo durante la crisis edipica. Se origina a traves de la necesidad interna de salir del caos de sentimientos opuestos y ambivalentes amor y odio.

deseo y frustracion etc que despiertan las fantasias primitivas del niño en choque con la realidad

- 3) El metodo psicoanalitico en si que considera al individuo en situacion es decir en constante interaccion con la sociedad que le rodea Investiga al individuo en el punto de union de las coordenadas de su historia pasada conflictos primitivos y forma de resolverlos y del momento presente el aqui y ahora de la situacion transferencial lo que permite una comprension profunda a sus problemas

De acuerdo a Grinber Langer & Rodrigue (1977) se pueden distinguir tres metodos psicologicos

- 1) El unipersonal o introspectivo util para logar la comprension intelectual de los estados de conciencia
- 2) El bipersonal o psicoanalitico Su campo esta delimitado por el terapeuta y el paciente Se presta para una comprension sistematica de la vida afectiva y sus manifestaciones a traves de la transferencia
- 3) La microsociologia o psicoterapia del grupo Se ocupa del estudio de grupos reducidos y de las relaciones multipersonales que se crean en su seno Presenta un nuevo enfoque abarcando un campo intermedio entre la psicologia y la sociologia y aportando por consiguiente nuevos conocimientos a ambas ciencias

Una separación de esta corriente la constituyen las Terapias de estructura fraternal que actúan también por el grupo pero que a diferencia de las anteriores evitan la formación de líderes fomentando la homogeneización de los integrantes se apoyan en esta igualdad para lograr sus fines terapéuticos. Un ejemplo típico es la Asociación de los Alcohólicos Anónimos (los A A) organización iniciada en 1935 de gran popularidad en los E E U U

4 PSICOTERAPIA DEL GRUPO DE ENFOQUE PSICOANALÍTICO

De acuerdo a la teoría de Leon Grinberg Marie Langer & Emilio Rodríguez (1997) publicada en el libro Psicoterapia del Grupo su enfoque psicoanalítico es pertinente reconocer y contemplar que

La psicoterapia del grupo fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de clases colectivas en una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran de la mejor forma posible su régimen dentro de un clima de cooperación o mejor dicho de emulación. Las clases o sesiones a las que concurrían más de 50 pacientes constaban de una breve conferencia del terapeuta que disertaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de la tuberculosis. A continuación los pacientes formulaban sus preguntas o discutían el tema con el médico. En estas reuniones los enfermos más

interesados en las actividades colectivas y los que mejor cumplieran con el regimen pasaban a ocupar las primeras filas del aula estableciendose un escalafon jerarquico bien definido conocido y respetado por todos

El metodo de Pratt (1935) fue el de utilizar en forma sistematica y deliberada las emociones colectivas en la persecucion de una herramienta terapeutica Su tecnica se apoya en dos pilares

- 1 Activa en forma controlada la aparicion de sentimientos de rivalidad emulacion y solidaridad en el grupo
- 2 El terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada El metodo estimular la identificacion del enfermo con el medico

Este sistema de promociones que premia al buen paciente acercandolo al terapeuta ilustra de forma abstracta dicho proposito

Su tecnica se denominaba terapia exhortativa paternal que actua por el grupo porque utilizaba fines terapeuticos deliberados y controlados ademas esta tecnica tenia un caracter paternal porque fomentar la idealizacion del terapeuta y actuaba por el grupo al manejar las emociones colectivas del mismo sin intentar comprenderlas El grupo es empleado como un medio expedito y economico al incluir a numerosas personas Por ello generalmente no era utilizado como terapia central si no como un medio auxiliar para reforzar cierto plan terapeutico (en el caso del Pratt para imponer normas de higiene en el tuberculoso)

Esta corriente tiene especial interes por haber sido inspirada en el psicoanalisis. Y en vista de los buenos resultados que daba este metodo Pratt escribio un trabajo preliminar en 1906. Entre los atributos a considerar dentro de los grupos terapeuticos son los siguientes

- 1) *Homogeneizacion del grupo* para obtener la unificacion del grupo se trata de integrar el mismo con pacientes que posean las mismas características no solo en lo que respecta a la enfermedad sino tambien al sexo edad nivel socio economico etc. A estos grupos se los denomina grupos homogeneos
- 2) *Estricta seleccion de los integrantes* como se necesita un alto grado de colaboracion para obtener la respuesta deseada es necesario que los miembros del grupo no difieran de la norma imperante
- 3) *Preparacion del grupo* esta medida de preparacion tiene por fin la unificacion del grupo

La labor del terapeuta consiste en orientar y mantener la discusion y eventualmente interpretar las causas o motivaciones de un determinado problema que se presenta al grupo. La interpretacion y este es un punto de suma importancia teorica y practica va casi siempre dirigida al problema de un determinado individuo del grupo

La hipotesis que respalda esta actitud es la siguiente en la medida en que el grupo es homogeneo lo dicho para el paciente A es en gran parte benefico y

aplicable a los pacientes B C y D ya que ellos presentan una constelacion analogica de conflictos Se busca el beneficio indirecto o por resonancia de las interpretaciones dadas a un individuo en el grupo

Como se ve este metodo transporta directamente al grupo la tecnica del psicoanalisis individual Simplificando casi se podria decir que viene a ser un analisis individual realizado sobre distintos miembros frente a un grupo presente y que se beneficia en la medida en que se encuentra identificado con cada uno de los problemas individuales discutidos Por ello la denominamos terapia interpretativa individual en el grupo

Finalmente llegamos a la tecnica interpretativa de grupo Este tipo de terapia toma al grupo como fenomeno central y punto de partida de toda interpretacion Es decir concibe al grupo como una totalidad considerando que la conducta de cada uno de sus miembros siempre se ve influida por su participacion en ese seno colectivo

Si A trae su problema este afecta de multiples maneras a B y C En ese momento pueden sentirse identificados con A para luego sentir que esta acaparando la atencion del terapeuta o haciendo quedar mal al grupo como entidad Este tipo de enfoque no minimiza la importancia de lo individual pero considera que lo individual debe ser siempre contemplado dentro de un marco colectivo desde donde se manifiesta

Esta psicoterapia es del grupo y no del individuo en el grupo o de los pacientes por el grupo

Ahora cual es la situacion transferencial en el grupo No hay que olvidar que en el analisis individual la situacion transferencial involucra a ambos participantes siendo el analista el recipiente de las proyecciones actualizadas del paciente De la misma manera consideramos que la situacion transferencial en el grupo esta dada por la interaccion de la totalidad de sus participantes La estructura mas compleja del grupo crea una correspondiente complejidad en las proyecciones transferenciales resultantes

Ahora bien existen importantes razones para estimar que una perspectiva psicoanalitica representa una herramienta extremadamente util tanto en el entendimiento de las adicciones en este caso el uso nocivo del alcohol como en la formulacion de adecuadas intervenciones terapeuticas destinadas a permitir cambios profundos y duraderos en la persona luego de realizado e iniciado un trabajo terapeutico

Estas razones que segun Acuña (s f) son completamente destacables en las siguientes categorias

- **Primero**, el psicoanalisis es practicamente la unica teoria que se ocupa de la mente humana Particularmente este enfoque asigna un rol crucial a las emociones a la vez que toma en cuenta la importancia

del inconsciente como determinante de conductas. Mas aun la aproximacion psicodinamica permite un entendimiento holistico de cada paciente pues considera las interrelaciones entre su biografia su personalidad y su trastorno psiquiatrico la adiccion en este caso el que es visto como resultado de conflictos psicologicos

- **Segundo,** desde un punto de vista practico la aproximacion psicoanalitica permite no solo realizar una psicoterapia de esta orientacion sino tambien orientar la comprension y el manejo de la relacion paciente terapeuta y las dinamicas de grupo independientemente del contexto en que estas se presenten sea el de alcoholicos anonimos programas de metadona prevencion de recaidas o una comunidad terapeutica
- **Tercero,** las investigaciones conducidas con adictos han evidenciado que los principales desencadenantes de recaidas y *craving* dos componentes centrales en las conductas adictivas son sus perturbaciones emocionales y los conflictos interpersonales (Brewer et al 1998 Marlatt & Gordon 1985 Cooney et al 1997 Rubonis et al 1994) Y dado que la psicoterapia psicoanalitica se centra en la personalidad como un todo –con especial consideracion a las emociones y a las relaciones interpersonales este tipo de intervencion vendria a constituir una potente herramienta destinada en ultimo termino a prevenir recaidas del habito adictivo

Ahora bien con el fin de no repetir fracasos terapeuticos del pasado lo que debe quedar en claro aqui es en que momento se puede ofrecer psicoterapia de esta orientacion a un paciente adicto (Acuña s f)

Por otro lado continua profundizando Acuña (s f) en la necesidad de un *timing* para el tratamiento de los pacientes adictos ha diferenciado distintas fases de tratamiento

- **Fase temprana** cuyo objetivo es el establecimiento de un vinculo terapeutico y la planificacion de un tratamiento adecuado para el paciente
- **Fase media** caracterizada por la estabilizacion de la conducta del paciente sea por medio de la utilizacion de programas de prevencion de recaidas (cognitivo conductuales) destinados a moderar el consumo o lograr la abstinencia sea por la inclusion del paciente en un tratamiento de sustitucion de su droga a traves de la prescripcion de metadona buprenorfina u otro farmaco
- **Fase tardia** caracterizada por la profundizacion en todos los aspectos internos del paciente que puedan ejercer un rol gravitante como precipitadores de recaida Es aqui donde podria entrar una terapia de orientacion dinamica

En las personas que consumen sustancias psicoactivas en este caso alcohol se observa que su vinculo con la realidad sobre todo los aspectos

frustrantes se hacen difícil de manejar por lo que no siempre el principio de realidad se logra imponer. Es decir son las personas que no pueden desde el principio de realidad manejar el displacer y la frustración por lo cual la conducta adictiva le provee una salida al placer de manera rápida aun cuando luego de pasado el efecto placentero se vuelve al displacer círculo vicioso que propiciaría la entrada en la adicción pensada como quedar atado a la sustancia y a un circuito frustración placer (Soumastre 2016)

De igual forma quisieramos anotar que en la obra psicoanalítica de Freud son escasas las alusiones a las drogas y al consumo de sustancias concebido en términos de patrón adictivo. No podemos olvidar que el psicoanálisis surge como un método para el tratamiento de las afecciones hísticas y no para otros trastornos. Es con posterioridad que el psicoanálisis se abre camino en campos diversos al de su origen. Sin embargo Freud no elabora una teoría exhaustiva respecto de la etiología del consumo abusivo de sustancias y menos aun propone una terapéutica para tratar dichos trastornos (Soumastre 2016)

En consecuencia el consumo de sustancias embriagadoras como lo es el alcohol este sería uno de los tres modos de hacer frente a las miserias de la vida siendo las otras posibilidades las poderosas distracciones y las satisfacciones sustitutivas (Freud 1930)

En suma en la obra psicoanalítica freudiana solo hay alusiones puntuales a las drogas existiendo en Freud dos perspectivas para entender el consumo

- 1 Consumo de sustancias como un sustituto de la satisfacción sexual en que el objeto ofrece la ilusión de una satisfacción plena (alcohol como partenaire perfecto)
- 2 Consumo de sustancias como una de las estrategias para enfrentar el sufrimiento propio de la cultura

Desde el inicio de la década de 1980 empezaron a desarrollarse modalidades psicoterapéuticas que partían de una mejor comprensión de la conducta adictiva entre ellas el modelo de prevención de recaída de Marlatt y Gordon desarrollado en la década de 1980 y publicado en 1985

Posteriormente el enfoque biopsicosocial que contempla la atención ambulatoria el ingreso hospitalario para la desintoxicación el tratamiento residencial de media y larga estancia y la disponibilidad de recursos que favorecen la reinserción social del adicto rehabilitado Ya para 1990 prevalece el enfoque psiquiátrico que visualizaba al adicto como un drogodependiente y desadaptado Y hoy día el nuevo paradigma que contempla la adicción como enfermedad cerebral donde no es la mente como concepto lo que se enferma sino que el cerebro como órgano en el que se genera la mente es el que padece una enfermedad (Sanchez & Perez 2014)

5 INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS

Dentro de este amplio espectro de relaciones frente a la atención de personas con problemas de uso nocivo de alcohol y sus derivados presentamos seis (6) formas de intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a ser desarrolladas en sesiones de terapias de grupo por parte de terapeutas con enfoque psicodinámico. Esta clasificación corresponde a la teoría presentada por el autor Paul Dewald (1973) en su libro *Psicoterapia Un enfoque Dinámico* el cual describe de formas amplias cada una de las formas de intervenciones a saber

5.1 La Aclaración

La forma más activa de intervención del terapeuta se considera que es la aclaración cuyo objetivo inmediato consiste en elaborar o aclarar algún aspecto de la experiencia, comportamiento o pensamientos del paciente. Al enfermo le cuesta más integrar conscientemente las ideas, pensamientos, sentimientos o recuerdos que sean parciales, vagos o mal formados. Cuanto con más claridad se hayan verbalizado, tanto más fácilmente pueden someterse a los procesos secundarios.

La aclaración se concentra en los procesos mentales conscientes y preconscientes y estas intervenciones pretenden que el enfermo tenga acceso al material aunque todavía no se da cuenta de ello.

La aclaracion no es eficaz cuando el material es inconsciente ya que aquellos procesos no se hallan tan al alcance de la atencion consciente del enfermo. El proposito de la aclaracion puede ser el de dar al terapeuta una idea mas clara de lo que se presenta. Sin embargo otras veces el terapeuta quizas tenga un conocimiento completo y razonable del proceso pero crea que el paciente necesita conocer con mas claridad lo que esta diciendo. En ocasiones se debe volver a formular lo que el paciente ha dicho pero desde un punto de vista algo distinto para que pueda aclararse o precisarse mas.

En algunos momentos es recomendable pedir al paciente que vuelva a formular alguna idea de modo que al hacer esto se de mas cuenta de lo que esta pensando. En estas intervenciones el terapeuta puede pedir tambien mas detalles una elaboracion mayor o que el paciente complete el material con lo que ha omitido o expresado solo en parte.

5.2 La Confrontacion

Otra forma de intervencion muy activa es la confrontacion por la que el terapeuta dirige la atencion del enfermo a algo consciente o preconsciente que ya ha expresado pero a lo que el enfermo no presta atencion en aquel momento. A veces deben señalarse las semejanzas o diferencias de ciertas partes del material o mostrarle formas repetitivas derivadas de las experiencias sentimientos pensamientos que ya se han presentado. Otras veces debe llamarse su atencion acerca del comportamiento o respuestas de

las que puede llegar a ser consciente o recordarle el material o experiencia que antes habia expresado

Así pues la confrontación implica el dirigir la atención del paciente a elementos de la experiencia o del comportamiento que ha observado el terapeuta pero sin llegar a ninguna conclusión acerca del posible significado que hay detrás de ellos

5.3 La Interpretación

La aclaración y la confrontación se consideran a menudo preparaciones para la interpretación que es otro tipo de intervención activa del terapeuta

A medida que el terapeuta escucha y observa va deduciendo el significado latente de las comunicaciones del comportamiento del paciente. Somete a un examen crítico sus conclusiones para estimular su exactitud y validez y la evidencia que le apoya. Cuando el terapeuta comunica al paciente algún elemento o aspecto de estas conclusiones se tiene la interpretación

El objetivo táctico de la interpretación es ayudar al enfermo a hacerse más consciente del significado de algún elemento de su vida mental. Estratégicamente consiste en que el enfermo reconozca el contenido mental del que antes era inconsciente y del que antes se defendía

Las interpretaciones pueden clasificarse como si implicaran un contenido o una resistencia. Cuando la hipótesis topográfica servía de base de la terapia

la labor terapeutica consistia en hacer consciente lo inconsciente. Con ello el terapeuta se mostraba extremadamente activo y directo al hacer las interpretaciones del contenido de los drives inconscientes y si el enfermo no podia aceptar o entender la interpretacion se creia que era un reflejo del estado de resistencia y falta de cooperacion en que se encontraba el paciente.

Una caracteristica de la interpretacion efectiva es la necesidad de trabajar desde la parte mas superficial de la mente hasta la mas profunda. Es decir las interpretaciones deberian empezar con algun proceso mental que fuese consciente para el enfermo y seguir con una exploracion del material que todavia no es consciente pero que esta bastante cerca de la consciencia.

El proceso de la interpretacion implica una profundizacion gradual del conocimiento del paciente. A medida que aumenta este conocimiento tambien profundiza el punto de partida consciente para la interpretacion. Las interpretaciones que se omiten entre el conocimiento consciente del enfermo y las inferencias del terapeuta tenderan a ser menos especificas y menos exactas por el nivel de las inferencias y la omision del terapeuta. Asi tambien dejan al paciente sin un sentido de conviccion personal y esto le suele conducir una comprension intelectualizada.

Otro factor en la tecnica de la interpretacion es el momento oportuno de comunicar al paciente la inferencia. Puede tener varios efectos una

interpretacion que se hace antes de que se hayan reducido las resistencias del paciente o antes de que los procesos del ego del paciente sean capaces de integrar el material para interpretarlo. En algunos casos puede que tenga poco significado para el paciente o que no tenga ninguno. Otras veces las interpretaciones prematuras especialmente si son correctas pueden desencadenar mas ansiedad y un conflicto que el enfermo es incapaz de tolerar o provocar mas regresion. Esta interpretacion prematura puede desencadenar tambien mas resistencias contra el material que ha sido interpretado retrasando con ello el proceso terapeutico.

Una interpretacion que se haya hecho al enfermo demasiado tarde despues que el enfermo se haya hecho consciente del material interpretado tiene poco impacto terapeutico y significa que el facultativo ha perdido la oportunidad de acelerar el proceso terapeutico lo cual se hubiera logrado antes que esta interpretacion.

Una interpretacion del contenido en el momento adecuado se da cuando las resistencias del paciente han disminuido bastante de forma que el material que debe interpretarse esta relativamente mas proximo a la consciencia del paciente aunque todavia no lo haya verbalizado. Lo mismo sirve para la interpretacion de las resistencias. Cuando la defensa o resistencia en cuestion sea extremadamente intensa o cuando siga actuando como una funcion psiquica importante su interpretacion probablemente no tendra ningun efecto.

El momento mas eficaz para interpretar esta resistencia es cuando se ve que empieza a disminuir o que los derivados del *drive* contra los que se mantenía están cada vez mas proximos a la consciencia. Es decir el momento adecuado para una interpretacion implica que el terapeuta juzgue si el paciente está preparado para aceptar y comprender lo que se ha interpretado.

Otro aspecto de la interpretacion es el factor de la dosis o la cantidad que debe interpretarse cada vez. Una interpretacion completa incluiría los derivados de *drives* corrientes así como también las defensas contra ellos y los orígenes genéticos de ambos. También se incluirían las manifestaciones del conflicto en las interacciones de transferencias con el terapeuta y una recapitulación de esta a otras actitudes y relaciones corrientes.

Es importante no sobrecargar al paciente con el material con la interpretacion de muchas resistencias o con una interpretacion que es probable movilice mas ansiedad o un conflicto que el paciente puede tolerar. Lo que propone la táctica inmediata es ayudar al paciente a comprender mejor y a completar mas la interpretacion despues de resuelta y aceptada la primera parte.

Otro aspecto de la interpretacion es el tacto y las frases que se formulan. El terapeuta intenta mostrar al paciente algun aspecto de sus procesos mentales que el inconsciente no quiere reconocer o comprender. Por tanto

es esencial que esto se presente con cierta tactica y que el terapeuta evite una interpretacion directa o critica. La tactica consiste muchas veces en hacer ver al paciente que el aspecto desagradable del material no es su reaccion total o su deseo sino el que el se halle en un estado de conflicto entre dos tendencias opuestas.

5.4 La sugerencia y la prohibicion

Otra intervencion activa del terapeuta consiste en introducir en relacion terapeutica sugerencias positivas o negativas e instrucciones o prohibiciones para influir directa e inmediatamente en los pensamientos, sentimientos o comportamiento del paciente.

Estas intervenciones son mas indicadas en los casos de la terapia de apoyo ya que implican bastante actividad por parte del terapeuta y el salir del papel neutral del observador. El terapeuta puede utilizar en seguida su posicion en la vida del paciente y en su economia psiquica, recalcando reacciones a la conducta del paciente y sugiriendole a menudo un cambio por su propio interes. Es decir, en virtud de la dinamica de la relacion terapeutica, el facultativo mismo y el deseo del paciente actuan de fuerza motivadora. Al haber cumplido satisfactoriamente la tarea que le ha puesto el terapeuta, el paciente anticipa alguna señal de reconocimiento o recompensa por sus esfuerzos. Asi pues, es importante que el terapeuta encuentre el modo de satisfacer estas demandas, pero debe elegir una recompensa que sea

adecuada al paciente teniendo en cuenta su psicodinamica y psicopatologia especifica

Con su intervencion el terapeuta intercede activamente en el equilibrio dinamico del enfermo a veces en los componentes intrapsiquicos y en ocasiones en las interacciones del enfermo con su medio ambiente

Esta actividad puede dirigirse a reforzar el control consciente del enfermo o las defensas inconscientes de su ego Ejemplos de ello serian el decirle «Quite estas ideas de la mente y piense en algo mas agradable» «Aprenda a pensar mas y a contar hasta diez antes de hablar o de actuar» «Si tiene miedo de estar solo procure tener alguien junto a usted» «Cuando se sienta de esta manera vayase afuera hasta que pueda controlarse» etc

Otras veces estas intervenciones pueden servir para gratificar algun componente de los drives y derivados de drives inconscientes Ejemplo de ello seria decir «Deberia intentar concretar mas» «Tomese unas vacaciones y alejese por un tiempo de sus preocupaciones» «El sentirse enfadado es normal de modo que cuando se siente asi exprese su enfado y no se contenga tanto» «Mientras sea agradable para los dos conyuges cualquier cosa que desee hacer sexualmente es correcta» «Aprenda a ser egoista» etc

Esto ocurre particularmente cuando no ha producido un cambio importante el largo examen del significado preconsciente e inconsciente de un sintoma o

trastorno determinado y ha persistido durante algun tiempo un estado estatico

Estas intervenciones se presentan entonces desde el punto de vista de que si el enfermo intenta conscientemente modificar o controlar su estado y entonces se da cuenta de los pensamientos y sentimientos que se presentan cuando cambia conscientemente el sintoma mejoran al proceso y consciente de un sintoma o trastorno determinado y ha persistido comprension de la terapia

5 5 El control activo

La forma mas activa de intervencion es aquella en la que el terapeuta asume una funcion de sustituto del ego del paciente y lleva a cabo (el mismo o sus ayudantes) las funciones del ego que el enfermo no es capaz de mantener en aquel momento Estas intervenciones van desde interceder en favor del enfermo acerca de sus parientes su jefe los centros sociales etc hasta controlar el comportamiento del enfermo en un hospital Puede tratarse hasta de sujetarlo o recluirlo fisicamente o administrarle una narcoterapia

Cualquier control activo o manipulacion tendra un impacto psicologico en el paciente por encima de todo efecto quimico o fisiologico que pueda ocurrido

Estas formas de intervencion hacen que el paciente se convierta cada vez mas en un objeto pasivo de los esfuerzos o manipulaciones activas del

terapeuta y se dan casi exclusivamente en un tratamiento de apoyo en que el enfermo manifiesta una regresión tan intensa del ego que de momento es incapaz de una función autónoma

Es importante que el terapeuta esté alerta respecto a las señales de una inversión de esta regresión. A medida que el paciente vaya siendo capaz de una mayor participación y actividad del ego, el terapeuta debe estar preparado para dejar el papel de sustituto del ego para reforzar y alentar al paciente a que se esfuerce en asumir el control de su comportamiento y de sus problemas

5.6 Posición terapéutica

En todos los niveles de actividad es necesario que el terapeuta se de cuenta a la vez de la naturaleza y del impacto de todas las fuerzas implicadas en el equilibrio dinámico. Para ello debe adelantar una posición observadora equidistante del ello, ego, superego y procesos ambientales

El terapeuta es capaz de adoptar aquella posición ideal observadora después de esta evolución personal. La importancia de adoptar esta posición viene del hecho de que la psicoterapia es un proceso altamente selectivo y de que el terapeuta desempeña una parte activa al influir y enfocar el material para su discusión. Consciente e inconscientemente, el enfermo es muy sensible a las intervenciones del terapeuta y ya se ha visto muchas veces que la atención e interés del terapeuta influyen significativamente en el material del enfermo

Al prestar mas atencion cuando contesta a unas cosas si y a otras no el terapeuta ayuda a limitar el material aportado aunque siga la linea del paciente. Cuanto menos hable el terapeuta tanto mayor sera el impacto en el proceso de seleccion cuando concentre su atencion o interprete algun elemento de la comunicacion del paciente.

El terapeuta debe interesarse por todos los aspectos de la vida mental del paciente sin tener en cuenta el tipo de tratamiento. Puede concentrarse en uno de los grupos de funciones mentales de cualquier sesion o grupo de sesiones. Pero si la labor terapeutica omite algun grupo de procesos mentales es importante que lo reconozca e intente comprender las razones de la omision.

La capacidad del terapeuta para adoptar esta posicion terapeutica equidistante es un factor de importancia para que el paciente presente su material con una contaminacion o distorsion exterior.

Finalmente el papel y la esfera de actividad del terapeuta muy importantes tanto en la sesion terapeutica como durante todo el tratamiento. No obstante si el terapeuta tiene una idea clara de la estrategia basica y de los objetivos de tratamiento entonces la tactica de sus intervenciones es consistente y esta estructurada de una manera logica en relacion con la psicoterapia.

6 ALCOHOL

Desde una perspectiva científica el termino alcohol posee multiples conceptualizaciones sin embargo debemos iniciar por la procedencia del vocablo alcohol este procede del arabe *alkuhl* (esencia o espiritu) es la droga mas consumida en el mundo Su utilizacion por el hombre en forma de brebaje se supone que data de los albores de la humanidad (Pretel Gonzalez Machado Fernandez Toledo 2015 p 2)

6.1 Generalidades

De acuerdo al documento de la OMS (1992) Glosario de Terminos de Alcohol y Drogas este define el termino alcohol como una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos El consumo nocivo de alcohol (termino recomendado por la OMS/OPS) conlleva una pesada carga social y economica para las sociedades y llega a afectar a las personas y las sociedades de multiples maneras sus efectos estan determinados por el volumen de alcohol consumido los habitos de consumo y en raras ocasiones por la calidad del alcohol

El uso y abuso del alcohol y sus derivados esta asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales incluido el alcoholismo de igual forma otras importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis

hepática algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito

En 2012 según datos de la OMS / OPS 3.3 millones de defunciones fueron atribuibles al consumo de alcohol o sea el 5.9% del total mundial. Por lo que se ha llegado a definir el consumo de alcohol como un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.

Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos sean o no intencionados en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes.

Recientemente se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida. El consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales.

Así también el consumo nocivo de alcohol puede perjudicar a otras personas por ejemplo familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos lo cual repercute en la generación de una carga sanitaria.

social y economica considerable para el todo el conjunto de la sociedad (OMS 2010)

Siguiendo esta linea el doctor Samuel Pinzon (2015) señala

el alcohol ha llegado a obtener una plaza especial dentro de la cultura androcentrica de pasaporte hacia la hombria En la busqueda del placer aventura y deshacerse al menos momentaneamente de los problemas y evadir las vivencias del propio self los varones se abocan al uso desenfrenado del alcohol (p 65)

Y añade mas adelante

la ingesta de alcohol ha pasado hasta cierto punto a ser un salvoconducto de masculinidad de resistencia de aguante y de pertenecer al grupo de los aventureros y de los que estan inn (p 66)

6 1 1 Concepto

El termino alcohol es definido por el Diccionario de Alcohol y Drogas (1994) como un sedante/hipnotico con efectos parecidos a los de los barbituricos. Ademas de los efectos sociales de su consumo la intoxicacion alcoholica puede causar envenenamiento o incluso la muerte el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran numero de trastornos mentales fisicos y organicos

En la CIE 10 (ICD 10) los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10) se clasifican dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19)

De igual forma este mismo documento asocia el termino ya mencionado con otro denominado problema relacionado con el alcohol (*alcohol-related problem*) y lo define como todo efecto adverso que acompaña al consumo de alcohol. Es importante señalar que relacionado no implica necesariamente causalidad. El termino puede emplearse para hacer referencia a un bebedor aislado o a la relacionada con el alcohol como sinonimo a nivel individual. Otro termino equivalente usado con frecuencia es consumo problematico de alcohol que no debe confundirse con bebedor problema una denominacion mas anticuada que implica que el patron de consumo de la persona es por si mismo un problema)

6.1.1 Factores que influyen en el uso y consumo nocivo de alcohol

Si bien hoy dia no existe un unico factor de riesgo dominante entre las personas que usan nocivamente alcohol lo que si es de conocimiento actual es que cuanto mas presente exista un solo factor vulnerable y este converja en una persona mas probable sera que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol. Como consecuencia presentamos tres (3) de los factores mas estudiados de acuerdo a los siguientes autores

6 1 1 1 Herencia El factor heredado es una predisposicion genetica hacia la enfermedad con la cual seguramente nacio el individuo Esta ampliamente demostrado el factor genetico en la etiologia del alcoholismo ya que todos los alcoholicos tienen un familiar en primero o segundo grado que tambien lo es aunque vale la pena aclarar que esta predisposicion genetica no es determinante para el desarrollo del alcoholismo sino que necesariamente tiene que interactuar con los otros dos factores etiologicos de la enfermedad que son el factor psicologico y el factor ambiental o sociocultural estar inmerso en un medio propicio para el consumo inmoderado de bebidas alcoholicas (Ferraro 2011)

6 1 1 2 Ambiente tambien es importante señalar a los factores ambientales incluyen el desarrollo economico la cultura y la disponibilidad de alcohol asi como la globalidad y los niveles de aplicacion y cumplimiento de las politicas pertinentes Para un nivel o habito de consumo dado las vulnerabilidades de una sociedad podrian tener efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades (OMS 2015)

6 1 1 3 Aprendizaje El factor aprendido se refiere a la influencia sociocultural que recibe el bebedor La mayor parte de los bebedores geneticamente predispuestos hacia la enfermedad del

alcoholismo y con una vulnerabilidad psicológica que les dificulta el manejo de sus emociones son presa fácil de un medio ambiente lleno de mitos, prejuicios y tradiciones culturales que los llevan al consumo frecuente y excesivo de alcohol (bebedor excesivo habitual). El alcoholismo es una enfermedad compleja multifactorial (bio psico social) que presenta diferentes fases en su desarrollo evolutivo (Elizondo 1994).

Al consumo nocivo de alcohol a nivel individual como en el social se le han atribuido diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades.

6.1.2 Efectos

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios de cada país pueden llegar a ser consecuencias crónicas y graves para las poblaciones y suelen estar determinadas en gran medida por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas aunque relacionadas a saber:

- 1 El volumen total de alcohol consumido
- 2 Las características de la forma de beber

El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con el alcohol en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica y también en muy raras ocasiones la calidad del alcohol consumido

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no solo sobre la incidencia de enfermedades traumatismos y otros trastornos de salud sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados

Datos reportados por la Organización mundial de la salud en reporte N° 349 de enero de 2015 indica que

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol existen diferencias entre los sexos El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7.6% de todas las defunciones comparado con el 4% entre las mujeres

En 2010 el consumo total de alcohol per capita en todo el mundo registro un promedio de 21.2 litros de alcohol puro entre los hombres y 8.9 litros entre las mujeres

6 1 3 Consumo perjudicial

Para la CIE-10 (Decima Revision de la Clasificacion Internacional de Enfermedades de la O P S / O M S) el Consumo Perjudicial es un consumo de alcohol que ya ha afectado a la salud fisica (por ejemplo daño hepatico) y / o psiquica (por ejemplo cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin llegar a cumplir los criterios diagnosticos de dependencia del alcohol (Organizacion Mundial de la Salud 1992) En la practica se tiende a considerar que un consumo regular por encima de los 60 gr/dia de etanol en el hombre o de los 40 gr/dia en la mujer es probable que llegue a provocar las consecuencias adversas características del consumo perjudicial

Ademas en determinadas situaciones vitales en las que el consumo de alcohol esta afectando a la salud fisica o mental como son embarazo cardiopatia hipertension diabetes tratamientos con farmacos que tienen interacciones con el alcohol y personas menores de 18 años el profesional de la salud deberia recomendar al paciente no tomar bebidas alcoholicas Por tanto una vez efectuada dicha recomendacion si el paciente sigue tomando bebidas alcoholicas se puede considerar tambien como consumo perjudicial (O M S 1992)

Las personas que presentan un consumo perjudicial de alcohol pueden obtener un gran beneficio para su salud si consiguen reducir su consumo

Una informacion adecuada sobre las consecuencias de dicho consumo y unas recomendaciones claras y sencillas orientadas hacia la reduccion del consumo pueden resultarle de gran ayuda Sin embargo cuando se trata de personas que han desarrollado alcoholismo (dependencia del alcohol) probablemente ya no podran retornar a un consumo moderado aunque se esfuercen mucho para conseguirlo y tendran que optar por la abstencion continuada de bebidas alcoholicas si desean recuperarse

7 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Durante los ultimos años el estudio y diagnostico referente a las patologias ha sido guiada por manuales y protocolos internacionales emanados de asociaciones y / o agrupaciones de profesionales que luego de un amplio estudio-debate se llega a un consenso y luego se presenta a la sociedad cientifica y comunidad internacional del conocimiento una nueva y mejor forma de abordar las enfermedades

Esta misma sociedad cientifica reconoce hoy dia la importancia del sistema de Clasificacion Internacional de Enfermedades el cual se enfoca en categorizar y describir pautas diagnosticas sobre las patologias presentes en las personas

Por otro lado el Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM 5) se especializa en apuntar criterios definitorios sobre patologias de

orden mental. Presentamos así los criterios diagnósticos de acuerdo a los ya mencionados documentos.

7.1 Criterios Diagnósticos (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5 2014) describe el consumo de alcohol como un trastorno dado la agrupación de una serie de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo alcohol a pesar de los problemas relacionados con dicho consumo. Estos han sido ordenados en las siguientes categorías:

- Trastornos relacionados con el alcohol
 - Trastorno por consumo de alcohol
 - Intoxicación por alcohol
 - Abstinencia de alcohol
 - Otros trastornos inducidos por el alcohol
 - Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

En esta clasificación existe una tipología dedicada al consumo de alcohol denominada Trastornos relacionados con el alcohol que abarca otros cinco (5) trastornos para los cuales indicamos los criterios diagnósticos de cada uno de los mismos.

7 1 1 TRASTORNO RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

7 1 1 1 Trastorno por consumo de alcohol

Criterios Diagnosticos

- A Patron problematico de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clinicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses
 - 1 Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo mas prolongado del previsto
 - 2 Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol
 - 3 Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol consumirlo o recuperarse de sus efectos
 - 4 Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol
 - 5 Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo la escuela o el hogar
 - 6 Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes provocados o exacerbados por los efectos del alcohol
 - 7 El consumo de alcohol provoca el abandono o la reduccion de importantes actividades sociales profesionales o de ocio
 - 8 Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo fisico

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial:

Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4: "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

En remision continuada

Despues de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o mas (excepto el Criterio A4 Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol que puede haberse cumplido)

Especificar si

En un entorno controlado Este especificador adicional se utiliza si el individuo esta en un entorno con acceso restringido al alcohol

Especificar la gravedad actual

305 00 (F10 10) Leve Presencia de 2 3 sintomas

303 90 (F10 20) Moderado Presencia de 4-5 sintomas

303 90 (F10 20) Grave Presencia de 6 o mas sintomas

7 1 1 2 Intoxicacion por alcohol**Criterios Diagnosticos**

A Ingesta reciente de alcohol

b Comportamiento problematico o cambios psicologicos clinicamente significativos (p ej comportamiento sexual inapropiado o agresivo cambios de humor juicio alterado) que aparecen durante o poco despues de la ingesta de alcohol

C Uno (o mas) de los signos o sintomas siguientes que aparecen durante o poco despues del consumo de alcohol

1 Habla disartrica

2 Descoordinacion

3 Marcha insegura

4 Nistagmo

5 Alteracion de la atencion o de la memoria

6 Estupor o coma

D Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida una intoxicación con otra sustancia

7 1 1 3 Abstinencia de alcohol

Criterios Diagnósticos

A Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado

B Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A

- 1 Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm)
- 2 Incremento del temblor de las manos
- 3 Insomnio
- 4 Náuseas o vómitos
- 5 Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales táctiles o auditivas
- 6 Agitación psicomotora
- 7 Ansiedad
- 8 Convulsiones tónico clónicas generalizadas

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

7.1.1.4. Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por el alcohol (Trastorno bipolar y trastornos relacionados); trastorno depresivo inducido por el alcohol (Trastornos depresivos); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol

(Trastornos de ansiedad) trastorno del sueño inducido por el alcohol
 (Trastornos del sueño vigilia) disfuncion sexual inducida por el alcohol
 (Disfunciones sexuales) y trastorno neurocognitivo mayor o leve
 (Trastornos neurocognitivos) Con respecto al delirium por intoxicacion
 alcoholica y al delirium por abstinencia de alcohol veanse los criterios
 y la discusion del delirium en el capitulo Trastornos neurocognitivos

Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican
 en lugar de la intoxicacion o la abstinencia alcoholicas cuando los
 sintomas son lo suficientemente graves para requerir una atencion
 clinica independiente

7 1 1 5 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Esta categoria se aplica a las presentaciones en las que predominan
 los sintomas caracteristicos de un trastorno relacionado con el alcohol
 que causan un malestar clinicamente significativo o un deterioro en lo
 social laboral u otras areas importantes del funcionamiento pero que
 no cumplen todos los criterios de ningun trastorno especifico
 relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la
 categoria diagnostica de los trastornos y trastornos adictivos
 relacionados con sustancias

7.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS CIE 10 (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD 1994)

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10 1994) en su apartado clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento cataloga el uso nocivo del alcohol y sus derivados como uno (1) de los trastornos mentales y del comportamiento atribuible de acuerdo a las afectaciones a la salud en áreas físicas, psicológicas y sociales medibles a través de signos clínicos y comportamiento del paciente.

Corresponde así el código F 10 al grupo de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y los ordena de la siguiente manera:

F10.0 Intoxicación aguda

F10.1 Consumo perjudicial

F10.2 Síndrome de dependencia

F10.3 Síndrome de abstinencia

F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium

F10.5 Trastorno psicótico

F10 6 Síndrome amnésico

F10 7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas

F10 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

F10 9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

Una vez clasificados este grupo de trastornos presentamos los criterios diagnósticos para cada uno de los mismos

7 2 1 F 10 0 Intoxicación aguda

Estado consecutivo a la administración de una sustancia psicoactiva que produce alteraciones del nivel de conciencia de la cognición de la percepción del estado afectivo del comportamiento o de otras respuestas y funciones psicofisiológicas. Las alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo y con recuperación completa salvo si el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Las complicaciones pueden ser traumatismos aspiración del vómito delirium coma convulsiones u otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia y del modo de administración.

Embriaguez aguda en alcoholismo

Mal viaje (debido a drogas alucinogenas)

Embriaguez sin especificacion

Trastorno de trance o posesion en estado de intoxicacion por sustancia psicoactiva

Pautas para el diagnostico

G1 Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una sustancia psicoactiva (o sustancias) en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicacion

G2 Debe haber sintomas o signos de intoxicacion compatibles con el efecto de una sustancia en particular (o sustancias) como se especifica mas adelante y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia la cognicion la percepcion el estado afectivo o el comportamiento de modo clinicamente relevante

G3 Los sintomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad medica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otro trastorno mental o del comportamiento

La intoxicacion aguda ocurre frecuentemente en personas que ademas presentan otros problemas relacionadas con el consumo de alcohol o

drogas. Cuando existen tales problemas, por ejemplo, consumo perjudicial (Flx.L síndrome de dependencia (Flx 2) o trastorno psicótico (FLx.5), también deben ser registrados.

Puede utilizarse un quinto carácter, codificado a continuación, para indicar cuándo la intoxicación aguda se asocia con alguna complicación:

Flx.00 Síntomas de gravedad variable no complicados, normalmente dosis dependiente.

Flx.01 Con traumatismo u otra lesión corporal.

Flx.02 Con otras complicaciones médicas (por ejemplo, hematemesis aspiración del vómito).

Flx.03 Con delirium.

Flx.04 Con distorsiones de la percepción.

Flx.05 Con coma.

Flx.06 Con convulsiones.

Flx.07 Intoxicación patológica.

F 10 07 Intoxicacion patologica debida al consumo de alcohol**Pautas para el diagnostico**

- A Deben cumplirse los criterios generales de intoxicacion aguda (F1x 0)
- B Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes
 - 1 Desinhibicion
 - 2 Beligerancia verbal
 - 3 Agresividad
 - 4 Labilidad del humor
 - 5 Deterioro de la atencion
 - 6 Juicio alterado
 - 7 Interferencia en el funcionamiento personal
- C Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos
 - 1 Marcha inestable
 - 2 Dificultad para mantenerse en pie
 - 3 Habla disartrica (farfullante)
 - 4 Nistagmo
 - 5 Disminucion del nivel de conciencia (por ejemplo estupor coma)
 - 6 Enrojecimiento facial
 - 7 Inyeccion conjuntival

Nota diagnostica

Cuando la intoxicación alcohólica aguda es severa puede acompañarse de hipotensión hipotermia y depresión reflejo de ahogamiento. Si se desea pueden especificarse los niveles de alcohol en sangre utilizando los códigos de la CIE 10 Y90 0-Y90 8. El código Y91 - puede utilizarse para especificar la gravedad de la intoxicación cuando no se dispone de los niveles en sangre de alcohol.

7 2 2 F10 1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial como tampoco lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

7 2 3 F10 2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga o de un tipo de ellas adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del

consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x 3 F1x 4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese cuando se confirme por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

d) Tolerancia de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia)

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales tal y como daños hepáticos

por consumo excesivo de alcohol estados de animo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo tabaco y diazepam) para una clase de sustancias (por ejemplo opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia al verse privados de las sustancias).

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F10.20 En la actualidad en abstinencia.

F10.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F10.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F10.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F10.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F10.25 Con consumo continuo.

F10.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

7.2.4. F10.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia solo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter

F10.30 No complicado

F10.31 Con convulsiones

7.2.5 F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Los síntomas prodromáticos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye

Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas
(F05.-)

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede

concretarse mas con cinco caracteres

F10 40 Sin convulsiones

F10 41 Con convulsiones

7 2 6 F10 5 Trastorno psicotico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente despues de el caracterizado por alucinaciones (auditivas pero que afectan a menudo a mas de una modalidad sensorial) falsos reconocimientos ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecucion) trastornos psicomotores (excitacion estupor) y estados emocionales anormales que van desde el miedo intenso hasta el extasis Suele haber clardad del sensorio aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilacion de la conciencia que no llega al grado de un estado confusional grave Lo caracteristico es que el trastorno se resuelve parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses

Pautas para el diagnostico

Trastornos psicoticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente despues de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas) siempre y cuando no sean una manifestacion de un sindrome de abstinencia con delirium (ver F1x 4) o de comienzo tardio Los trastornos

psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer pero deben codificarse como F1x 7

Los síntomas son variados ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye

Alucinosis alcohólica

Celotipia alcohólica

Paranoia alcohólica

Psicosis alcohólica sin especificación

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres

F10 50 Esquizofreniforme

F10 51 Con predominio de las ideas delirantes

F10 52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la

alucinosis alcoholica)

F10 53 Con predominio de sintomas polimorfos

F10 54 Con predominio de sintomas depresivos

F10 55 Con predominio de sintomas maniacos

F10 56 Trastorno psicotico mixto

7 2 7 F10 6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones mientras que esta conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos

También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones aunque no siempre están presentes

El resto de las funciones cognitivas suele estar relativamente bien conservadas

Pautas para el diagnostico

- a)** Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo) trastorno del sentido del tiempo (alteracion de la capacidad para ordenar cronologicamente los acontecimientos del pasado aglutinacion de acontecimientos repetidos en uno solo etc)
- b)** Ausencia de alteracion de la evocacion de recuerdos inmediatos menor alteracion de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas
- c)** Antecedentes o la presencia objetiva de consumo cronico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas

Incluye

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas

Sindrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

**7 2 8 F10 7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de
comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias
psicótropas**

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos afectivos de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas persisten mas allá del tiempo de actuación de la sustancia

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias solo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir mas allá del periodo en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (vease F1x0 intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias

psicotropas no es siempre irreversible y así las funciones intelectuales y mnesicas pueden mejorar tras un periodo de abstinencia total

El diagnostico de trastorno psicotico residual inducido por sustancias psicotropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres

F1x 70 Con reviviscencias (flashbacks) que pueden distinguirse de los trastornos psicoticos en parte por su naturaleza episodica y porque frecuentemente son de muy corta duracion (segundos o minutos) o por los sintomas de reduplicacion (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas

F1x 71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento cuando satisfagan las pautas de trastorno organico de la personalidad(F07 0)

F1x 72 Trastorno afectivo residual cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) organico(F06 30)

F1x 73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introduccion de la seccion F00 F09

F1x 74 Otro deterioro cognoscitivo persistente Se trata de una categoria residual para los trastornos en los que persiste un

deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de sindrome amnesico (F1x 6) o demencia (F1x 73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas

F1x 75 Trastorno psicotico de comienzo tardio inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

7 2 9 F10 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clinico que contribuye a dicha situacion pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes

7 2 10 F10 9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificacion

Trastornos en las que predominan los sintomas caracteristicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan un malestar clinicamente significativo o un deterioro en lo social laboral u otras areas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ningun trastorno especifico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoria diagnostica de los trastornos y trastornos adictivos relacionados con sustancias

8 EL ALCOHOL DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD MUNDIAL

El plan de acción sobre la salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto en marcha en septiembre de 2014 desde la ciudad de Washington presenta el análisis de situación realizado como base para la formulación de la Estrategia Regional de Salud Mental aprobada en el 2009. Su revisión reciente involucra varios estudios epidemiológicos ejecutados en la Región Latinoamericana que muestran una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales. Las tasas medianas de prevalencia de 12 meses en la población adulta en algunos trastornos son: psicosis no afectiva 1.0%, depresión mayor 5.2% y abuso/dependencia del alcohol o sustancias psicoactivas 4.6%. Lo cual coloca a este conjunto de trastornos en la tercera posición de prevalencia más alta a nivel global.

Además, añade el mismo documento que el abuso o la dependencia del alcohol, como las drogas ilícitas o los psicotrópicos recetados, son también problemas cada vez mayores y la brecha de tratamiento es grande. Sin embargo, no se dispone de una gama compleja de los servicios públicos adecuados para afrontar esta situación, sino más bien ciertos programas y centros que brindan atención dentro de las realidades de cada país. Algunas naciones destinan únicamente el 2 % de su

presupuesto anual para la atención de la salud mental cuando este monto debería alcanzar el 13 % según la OMS

Siendo de esta forma el consumo de alcohol un evidente problema de salud pública a nivel global el cual suele afectar a más del 25% de la población global en algún momento de la vida impactando la economía de las sociedades y la calidad de vida de los individuos y las familias de acuerdo con estudios internacionales de la OMS y es que el alcoholismo está incluido como un trastorno mental y comportamental incluida dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) dando como resultado una patología que afecta a la persona como cualquier otra que debería ser atendida en primera instancia por profesionales de la salud y salud mental

9 EL GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (A A)

Alcoholicos Anonimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia fortaleza y esperanza con los demás de que pueden resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro es querer dejar de beber. No hay cuotas ni honorarios para ser miembro de A A y se mantienen con sus propias contribuciones. A A no está afiliada a ninguna secta religiosa partido político organización o institución no desea intervenir en controversias no respalda ni se opone a ninguna causa. El

objetivo primordial es mantener a sus asistentes sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar la sobriedad (Alcohólicos Anónimos 2005)

9.3 Posición actual

Al momento de la revisión existe en la República de Panamá 90 grupos de Alcohólicos Anónimos (A A) 76 de estos son grupos donde se habla español exclusivamente y los otros 14 incluyen habla inglesa. En la ciudad de Panamá hay 32 grupos el más reciente es un grupo enfocado para homosexuales. En todo el resto de la provincia de Panamá hay nueve grupos más. En Chiriquí hay 20, Coclé 16, Veraguas, Herrera y Los Santos tienen tres cada uno, Colón 2, Darién y Bocas del Toro cuentan con un solo grupo por provincia. Esta última, Bocas del Toro, es la única que no tiene reuniones de A A en castellano, solo en inglés. Además de los grupos de A A también están los de **Al Anon** que se enfocan en los amigos y familiares de los alcohólicos. De esos hay dos grupos en el país, uno en Panamá y otro en la provincia de Chiriquí, distrito de Boquete.

Aunque una de las reglas de Alcohólicos Anónimos es no llevar registros de los participantes, se calcula que en el país hay unas 800 personas que están involucradas con A A hasta abril de 2014. Y uno de los grupos que cuenta con más años en la provincia de Panamá es el grupo de alcohólicos anónimos de San Miguelito que fue fundado el 20 de abril de 1974.

9.4 ¿Cómo Funciona?

Rara vez se ha visto fracasar a una persona que haya seguido concienzudamente el camino de los grupos de alcohólicos anónimos. Los que no se recuperan son personas que no pueden o no quieren entregarse de lleno al programa por lo general hombres y mujeres que son constitucionalmente incapaces de ser honrados consigo mismos. Ellos no tienen la culpa que parecen haber nacido de esa manera. Ellos son naturalmente incapaces de entender y desarrollar una forma de vida que exige una rigurosa honestidad. Sus posibilidades son menos que la media.

Hay quienes también que sufren graves trastornos emocionales y mentales pero muchos de ellos logran recuperarse si tienen la capacidad para ser honesto.

Las historias de los grupos de alcohólicos anónimos expresan de una manera general lo que solía ser, lo que sucedió y lo que son ahora.

¡Recuerde que tratamos con el alcohol: astuto, desconcertante y poderoso! Sin la ayuda es demasiado para nosotros. Pero hay una ayuda que tiene todo el poder: que uno es Dios. Finalmente, ellos esperan que usted lo encuentre a él.

9 5 Los doce pasos de Alcoholicos Anonimos

Estos son los 12 pasos propuestos para el programa de recuperacion que rigen en todo Grupo de Alcoholicos Anonimos (A A)

- 1 Admitimos que eramos impotentes ante el alcohol - que nuestras vidas se habian vuelto ingobernables
- 2 Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podria devolvernos el sano juicio
- 3 Tomo la decision de poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios como nosotros lo concebimos
- 4 Hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos
- 5 Admitimos ante Dios ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos
- 6 Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de caracter
- 7 Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos
- 8 Hicimos una lista de todas las personas a quienes habiamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar a todos ellos
- 9 Reparamos directamente a cuantos nos fue posible excepto cuando el hacerlo perjudicaria a ellos o a otros
- 10 Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocabamos lo admitio

- 11 Buscamos a traves de la oracion y la meditacion mejorar nuestro contacto consciente con Dios como nosotros lo concebimos pidiendole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla
- 12 Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos tratamos de llevar este mensaje a los alcoholicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos

9 6 Las Doce Tradiciones de Alcoholicos Anonimos

- 1 Nuestro bienestar comun debe tener la preferencia la recuperacion personal depende de la unidad de A A
- 2 Para el proposito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestros grupos Nuestros lideres no son mas que servidores de confianza no gobiernan
- 3 El unico requisito para ser miembro de A A es querer dejar de beber
- 4 Cada grupo debe ser autonomo excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcoholicos Anonimos considerado como un todo
- 5 Cada grupo tiene un solo objetivo primordial—llevar el mensaje al alcoholico que aun esta sufriendo
- 6 Un grupo de A A nunca debe respaldar financiar o prestar el nombre de A A a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que los problemas de dinero propiedad y prestigio nos desvien de nuestro objetivo primordial

- 7 Todo grupo de A A debe mantenerse completamente a si mismo negandose a recibir contribuciones de afuera
- 8 A A nunca tendra caracter profesional pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales
- 9 A A como tal nunca debe ser organizada pero podemos crear juntas o comites de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven
- 10 A A no tiene opinion acerca de asuntos ajenos a sus actividades por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polemicas publicas
- 11 Nuestra politica de relaciones publicas se basa mas bien en la atraccion que en la promocion necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa la radio y el cine
- 12 El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones recordandonos siempre anteponer los principios a las personalidades

9 7 Oracion de la Serenidad

Dios concedeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar
el valor para cambiar las cosas que puedo y la sabiduria para reconocer la
diferencia

10 RESEÑA HISTORICA DEL GRUPO DE SAN MIGUELITO

El día 20 de abril de 1974 el poder Superior con su infinita fuerza permitió que varios compañeros de Alcohólicos Anónimos del **Grupo Panama y San Felipe** juntos a Jesús F D y Humberto Reconocidos como los pioneros unieran sus esfuerzos para hacer posible el inicio del **Grupo de San Miguelito**, que desde ese día mantiene sus puertas abiertas para recibir a todos aquel que desee dejar de beber

Desde ese entonces hasta hoy este grupo ha ido creciendo de tal manera que se ha convertido en un instrumento usado por el poder superior que ha originado la creación de otros grupos en todo el país por intermedios de los miembros que han nacido en el

La tarea de dar lo que desinteresadamente se nos dio en alcohólicos anónimos hemos podido ayudar a salir de mar del alcoholismo a muchos compañeros que hoy disfrutan junto a sus familiares de la alegría de vivir que se logra al ser miembro de esta Gran Comunidad

Los miembros del grupo San Miguelito saben que es dando como se ha de recibir así esperan seguir por mucho tiempo

Su coordinador por más de 30 años fue el Sr Bonifacio quien en diciembre de 2017 ha retornado a la casa del poder superior dejándonos un legado en
A A

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

*Todo el bien y el mal que se puede
encontrar en el mundo de las relaciones humanas
ha de encontrarse en el corazón del ser humano*

Donald Winnicott

1 PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

La Republica de Panama es un pais que une al sur con el centro de America con una superficie geografica de aproximadamente 75 040 kilometros cuadrados y una poblacion estimada al 3 de noviembre de 2016 totalizada en 4 058 372 habitantes con una tasa de crecimiento anual de 1 55% de acuerdo a reportes del Instituto Nacional de Estadistica y Censo (INEC) de la Contraloria General de la Republica

Indudablemente en los ultimos años hemos vivido un crecimiento de la poblacion que al parecer no corresponde con el desarrollo en nuestro pais ya que de acuerdo a una encuesta llevada a cabo en la Ciudad de Panama por la empresa *Dichter and Neira* cuyos resultados fueron publicados el 20 de septiembre de 2016 revelo que existen problemas en materia de educacion seguridad y salud

Es así que en el tema salud encontramos reportado en el documento Analisis de la situacion de la Salud en Panama del Ministerio de Salud para el año 2012 se atendieron un total de 23 783 consultas lo que representa una tasa de 627 9 x 100 000 habitantes El mayor porcentaje de consultas fueron dadas a usuarias del sexo femenino 14024 consultas y 9759 consultas corresponden al sexo masculino

Las principales causas de consulta durante el año 2012, según tasas, se detallan a continuación en el siguiente cuadro:

Cuadro # I: Principales causas de consulta en salud mental, en las instalaciones del Ministerio de Salud, República de Panamá. Año: 2012.

Morbilidad	Tasas
1. Trastorno de ansiedad no especificado	142.9
2. Episodio depresivo no especificado	58.3
3. Trastorno de ansiedad generalizado	28.6
4. Trastorno de la conducta, no especificado	23.7
5. Esquizofrenia no especificado	20.6
6. Insomnio no orgánico	15.7
7. Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	14.8
8. Trastorno específico del desarrollo de la función	14.2
9. Trastorno mentales y del comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia	14.1
10. Trastorno mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda.	12.5

Fuente Institucional: Dirección de Planificación- Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA

Este cuadro, nos muestra una realidad en la sociedad panameña; de un total de patologías en el área de salud mental tratadas dentro del sistema de salud pública, prevalecen dos tipos de patologías relacionadas con el consumo de alcohol, con tasas respectivamente elevadas.

Más reciente se publicó el documento Política Nacional de Salud y lineamientos Estratégicos (2015-2025) del Ministerio de Salud, este resalta que la mayor prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias, se da mayormente en hombre que en mujeres de nuestro país.

De igual forma este mismo documento hace mencion de los siguientes datos

De acuerdo a la primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI) de Panama realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) el alcohol se ha convertido en la primera droga de consumo en el país. La encuesta que fue aplicada en el 2007 a 25 748 personas mayores de 18 años a nivel nacional también detectó que en el consumo de alcohol en todos los casos es más constante en los hombres que en las mujeres. No obstante las mujeres tienen mayor prevalencia en las áreas urbanas versus las rurales. Los hombres comienzan a tomar alguna bebida alcohólica a edades más tempranas que las mujeres. La mayoría de entrevistados dijo haber ingerido bebidas alcohólicas por primera vez entre los 18 y 24 años de edad.

De forma comparativa el documento Análisis de Situación de Salud del Ministerio de Salud de Panamá (2015) estima que uno de los principales problemas de Salud Mental que enfrenta la sociedad panameña es la

adiccion y que la brecha de tratamiento (personas que no reciben algun tipo de tratamiento) que en la region es superior al 53.3 %

Siendo así el problema de la adicción al alcohol, en nuestro país nos lleva a plantearnos, si las intervenciones psicoterapéuticas son concluyentes con resultados positivos en el proceso de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicción al alcohol

De hecho existen pocos estudios que evalúen la eficacia de estas terapias en personas con trastornos adictivos. Las publicaciones se centran en cuestiones como la retención en tratamiento y la terapia de grupo (Brook 2001, Khantzian 1990) y sugieren que la terapia psicoanalítica convencional puede ser útil en estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados o previos a la adicción. Pero estos trabajos se limitan a plantear cuestiones teóricas para la discusión dentro del marco conceptual psicoanalítico sin utilización de metodología científica.

Además la Asociación Psicoanalítica Internacional publicó en 1999 un trabajo (Fonagy, Kachele, Krause, Jones y Perron 1999) en el que se revisaron casos clínicos documentados y estudios de eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas bajo el modelo de psicoanálisis. Entre los principales resultados de la revisión destacan

- La efectividad es mayor en los pacientes mas jovenes
- Los tratamientos largos tienen mejores resultados
- El psicoanalisis puede reducir el uso de medicacion psicotropica y se asocia con una mejora en la capacidad laboral

En la publicacion tambien se recogen las limitaciones metodologicas de los trabajos de partida llegando a la conclusion que los estudios no pueden demostrar de manera inequivoca que el psicoanalisis sea efectivo en relacion a un placebo activo u otras formas de terapia (Avila 2000 Fonagy 2004)

Aun asi siguen preguntas sin responder ya que todo no esta escrito en la ciencia y hoy dia se esta conociendo mas sobre la eficacia de las intervenciones psicoterapeuticas en las sociedades lo cual nos llevan al estudio de este fenomeno

2 JUSTIFICACION

Durante las ultimas decadas hemos aprendido que el consumo de alcohol mas que un vicio (terminologia social) se ha considerado hoy dia como una patologia compleja cuyo manejo requiere de la decision buena voluntad y el trabajo de profesionales de la psicologia y salud mental a traves de una forma de abordaje integral para las personas con problemas de consumo de alcohol Este abordaje tratamiento o manejo requiere ser estudiado como fenomeno

dentro de las instituciones organismos o centros responsables de ofertar a la poblacion en general servicios de rehabilitacion y tratamiento para la adiccion

El estudio del proceso de atencion frente a cualquier patologia se vinculada evidentemente a la toma de decisiones como mecanismo estrategico a la formulacion de politicas lineamientos protocolos o normas en los sistemas de salud en el caso de Panama son pocos los estudios emprendidos en areas de salud mental y muy escasamente en el tema de adiccion y consumo de alcohol lo cual nos presenta un escenario desatendido y al que aun no se le da respuesta

Asi este estudio nos permitira explicar la eficacia o no de las intervenciones psicoterapeuticas planeadas y ejecutadas dentro de los grupos de ayuda donde se atienden a las personas con problemas de consumo de alcohol dentro de los procesos de rehabilitacion asi como tambien reconocer la existencias o no de falencias de este tipo de tratamiento psicoterapeutico para el conocimiento del accionar dentro de los equipos tratantes de adiccion al alcohol y a su vez la posibilidad de marcar referentes actualizados en Panama sobre la eficacia de las intervenciones psicoterapeuticas

La finalidad de este estudio responde a la generacion de conocimiento actualizado y pertinente que posibilite la creacion o alineacion a las nuevas estrategias en salud mental dentro de los programas ejecutados y / o proximos

a ejecutar en cuanto al consumo de alcohol de igual forma marcar datos relevantes para la mejora continua de los procesos de atención y abordaje de los profesionales de la psicología y salud mental que posibiliten acciones de mejora adecuada toma de decisiones y mejor distribución de las riquezas en cuanto a las prioridades del gasto gubernamental tomando como referencia los resultados obtenidos de este estudio

Todo esto repercute no solo a un segmento de la población sino al total de habitante en el territorio nacional puesto que el alcoholismo representa un problema de carácter social y lo social nos afecta a todos como país

3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 Objetivo General

- Evaluar la capacidad de las intervenciones terapéuticas bajo el modelo psicodinámico en el tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol

3.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar un programa de intervenciones psicoterapéuticas de cohorte psicoanalítico en personas con problemas de consumo de alcohol del grupo de alcohólicos anónimos de San Miguelito

- Contrastar los efectos del programa de intervenciones psicoterapeúticas entre los resultados del pre test frente a los resultados del post test
- Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas antes y después de la ejecución de intervenciones psicoterapeúticas en personas con problemas de consumo de alcohol

4 HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis Alternativa

H_1 Las intervenciones psicoterapeúticas bajo el modelo psicoanalítico son positivas en el proceso de tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol

4.2 Hipótesis Nula

H_0 Las intervenciones psicoterapeúticas bajo el modelo psicodinámico no son positivas en el proceso de tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol

5 VARIABLES

5 1 Variable Independiente

- Intervencion psicoterapeutica

5 2 Variable dependiente

- Consumo de alcohol

5 3 Definicion de variables

5 3 1 Definicion conceptual de variable independiente

Intervencion Psicoterapeutica metodo para inducir cambios en el comportamiento pensamientos o sentimientos de una persona (Trull & Phares 2003)

5 3 2 Definicion operacional de variable independiente

Intervencion Psicoterapeutica Forma de abordaje a pacientes dentro de un proceso de tratamiento psicologico

5 3 3 Definicion conceptual de variable dependiente

Consumo de alcohol autoadministracion frecuente de cantidades sustanciales de bebidas alcoholicas y sus derivados (OMS 2008)

5 3 4 Definicion operacional de variable dependiente

Consumo de alcohol patron de consumo de una sustancia psicoactiva (liquida) que genera una enfermedad que afecta el funcionamiento del cerebro y a su vez el comportamiento humano

6 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El *enfoque del proceso de esta investigacion* sera cuantitativo dado que se pretende acotar intencionalmente la informacion midiendo con la mayor precision las variables del estudio y establecer con exactitud patrones de comportamiento en la poblacion (Hernandez Fernandez & Baptista 2014)

El *tipo de la investigacion es longitudinal*, por lo regular concretan varias mediciones de las mismas variables en momentos distintos lo que facilita si se van modificando o no las variables a traves del tiempo (Echevarria 2016)

El *alcance de la investigacion* explicativo van mas alla de la descripcion de conceptos o fenomenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos estan dirigidos a responder a las causas de los eventos fisicos o sociales Como su nombre lo indica su interes se centra en explicar por que ocurre un fenomeno y en que condiciones se

da este o por que dos o mas variables estan relacionadas (Dankhe 1986)

En cuanto a la **finalidad de esta investigacion**, destacamos que es una investigacion aplicada es decir busca o perfecciona recursos de aplicacion del conocimiento ya obtenido mediante la investigacion pura y por tanto no busca la verdad como la investigacion pura sino la utilidad (Cazau 2006)

De acuerdo al **Nivel de manipulacion de las variables** la presente investigacion se formula sobre un diseño cuasi – experimental implican la creacion de un grupo de comparacion se utilizan mas a menudo cuando no es posible asignar de manera aleatoria los individuos o grupos a los grupos de tratamiento y los grupos de control (White & Sabarwal 2014)

De un grupo con pre test y post test el cual es definido como aquel que no es posible hacer la asignacion aleatoria pero el investigador controla directamente las condiciones del estudio y realiza la manipulacion de las variables de interes (Moreno 2013)

El consentimiento informado- CI es prioridad en esta investigacion por lo cual se ha diseñado este documento en atencion a los requerimientos y pautas de la Organizacion Mundial de la Salud (ver anexo 1)

7 POBLACION Y MUESTRA

7.1 Poblacion objeto personas de genero masculino o femenino con problemas de adiccion al alcohol y sus derivados en la Republica de Panama (nacionales o extranjeros) que acuden al Grupo San Miguelito de Alcoholicos Anonimos con sintomatologia y malestar psicologico frente al uso consumo y abuso de alcohol y sus derivados durante el año 2017

- Total de poblacion 16 personas con problemas de uso y consumo nocivo del alcohol y sus derivados
- Datos geograficos Republica de Panama Provincia de Panama Distrito de San Miguelito Corregimiento de Mateo Iturralde Comunidad de Paraiso Calle P

7.2 Muestra

Personas con problemas de uso y consumo nocivo de alcohol del Grupo San Miguelito de Alcoholicos Anonimos

n= 12 (la muestra sera de 12 personas)

7.3 Selección de la Muestra

Muestreo No Probabilístico No involucran una selección aleatoria de los puntos muestrales

De tipo a conveniencia se seleccionan directa e intencionalmente a los individuos de la población que formarán la muestra (Alperin & Skorupka 2014)

7.4 Sujetos

7.4.1 Criterios de inclusión

- Edades personas entre 18 y 59 años
- Sexo masculino y femenino
- Personas nacionales y extranjeros
- Personas con problemas de consumo de alcohol y sus derivados que participan de las reuniones del Grupo San Miguelito de Alcohólicos Anónimos
- Pueden o no tener un diagnóstico de consumo dado que estudiaremos el problema de consumo como refiere la literatura actual
- Cursantes en el grupo A A durante el año 2017

7 4 2 *Criterios de exclusion*

- Pacientes en edades menor a 18 años e iguales o mayores a 60 años
- Personas con diagnostico de retardo mental (RM)

7 5 **Procedimientos para controlar afectaciones con la seleccion y tamaño de la muestra**

La eleccion de los elementos no dependera de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características del presente estudio (Johnson 2014 Hernandez Sampieri et al 2013 y Battaglia 2008b)

Aqui el procedimiento no es mecanico ni se basa en formulas de probabilidad sino que dependera del proceso de toma de decisiones de y desde luego las muestras seleccionadas obedecen a los criterios de inclusion y exclusion del estudio en mencion

8 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Al seleccionar las técnicas e instrumentos cuantitativos para recolectar la información en esta investigación primero se realizó una revisión sobre las diversas formas de recolección de datos cuantitativos que pudieran proporcionar información acerca de los sentimientos ideas impresiones y percepciones de los datos de la paciente Dilucidando así la siguiente consolidación

8.1 Los instrumentos seleccionados para el abordaje de los participantes del programa fue el siguiente

- **Entrevista clínica psicoanalítica individual** es un encuentro entre un paciente y un entrevistador en el cual el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación en el seno de un vínculo interpersonal cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos presentes y pasados que perturban el equilibrio actual del entrevistado (Díaz Isabel 1994)

Así también un punto valioso en la psicoterapia es el aporte de la entrevista individual pues esta trata de llegar a conclusiones sobre casos individuales sin intentar llegar a generalizaciones la entrevista a profundidad cumple un papel fundamental puesto que esta intenta explorar aspectos muy íntimos de la persona (Arias F 1991)

Desde el primer momento de la entrevista se le informa al participante los fines recolección de la información así como la solicitud de participación voluntaria a través del **Consentimiento Informado CI** para los fines académicos perseguidos Pero a su vez se le explica los beneficios de su participación lo cual nos permite llegar a esclarecer y procesar algunos elementos de su historia de vida y en beneficio de su salud mental

- **Escala tipo Likert** es un tipo de escala es usada habitualmente para medir actitudes se basa en la creación de un conjunto de enunciados sobre los cuales el entrevistado debe mostrar su nivel de acuerdo o desacuerdo (Gili Saura 2001)

Será aplicada de forma individual antes del proceso de tratamiento y recuperación de las personas con problemas de consumo de alcohol y sus derivados al finalizar el programa se aplicará el post – test (ver anexo 4 5)

8.2 El metodo de recoleccion de la informacion, aplicado en el presente estudio fue el siguiente

- **Observacion estructurada** es aquella que se lleva a cabo cuando se quiere hacer una descripcion sistematica de algun fenomeno es decir cuando estamos realizando un estudio o una investigacion en la que sabemos exactamente lo que vamos a investigar y tenemos un diseño de investigacion en consecuencia sabemos que vamos a observar y como se va a realizar esta observacion (Campos L 2010)

Tomando en cuenta lo anterior el psicologo estara en contacto directo con los participantes a quien se le realizara la entrevista individual por lo cual resultara satisfactorio observar de manera real activa y directa la conducta y / o comportamiento de los participantes dentro del contexto especifico sin alterar el orden de la realidad

9 MODELO DE ANALISIS ESTADISTICO

A traves del analisis estadistico se pueden conocer interpretar y analizar los datos de cada una de las variables de manera tal que los mismos conduzcan al logro de los objetivos planteados Para tal fin se realizaron los siguientes procedimientos estadisticos

9.1 Analisis Estadistico

La presente investigacion hace uso de la estadistica descriptiva la cual se dedica a recolectar ordenar analizar y representar un conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las puntuaciones obtenidas por cada variable (Hernandez Fernandez & Baptista 2014) Tambien es importante mencionar que la estadistica descriptiva nos permite aportar diferentes formas entre las cuales estan las tablas graficas y medidas numericas de resumen (Pagano & Gauvreau 2001)

Dentro de la estadistica descriptiva se utilizo la distribucion de frecuencia (f) que es un conjunto de puntuaciones ordenados en su respectiva categoria (Hernandez Fernandez & Baptista 2014)

De igual forma se presenta la frecuencia relativa que es el cociente entre la frecuencia absoluta (es el numero de veces que aparece en la muestra dicho valor de la variable) y el tamaño de la muestra La frecuencia relativa es por

tanto uno sin embargo hoy día es bastante frecuente hablar siempre en terminos de tanto por ciento o porcentajes (%) por lo que esta medida resulta de multiplicar la frecuencia relativa por 100 (Alvarez 1997)

Formula porcentaje

$$\% = (100) \frac{f}{n}$$

Tambien se utilizaron medidas de tendencia central como la media la mediana y medidas de variabilidad o dispersion como la varianza y la desviacion tipica o estandar estas nos permiten lo siguiente

- **La media** es la medida de tendencia central mas utilizada en la estadística denominada a su vez promedio Se calcula sumando todas las observaciones de un conjunto de datos y dividiendo entre el total de mediciones (Pagano & Gauvreau 2001 p 38)
- **La mediana** es el valor que ocupa el lugar central de una distribución ordenada de valores habitualmente en orden ascendente Si el número de valores es impar la mediana es el valor central Si ese número es par la mediana es la semisuma de los dos valores centrales Y esta especialmente indicada para datos ordinales (Briones G 2002 p 84)

- **La desviacion tipica o estandar** la varianza es el promedio de las desviaciones elevadas al cuadrado de cada uno de los valores de una serie respecto del medio aritmetico de ella La desviacion estandar a su vez es la raiz cuadrada de la varianza (Briones G 2002 p 84)

Formula de varianza y desviacion estandar

Varianza

$$s^2 = \frac{\sum (x_1 - \bar{x})^2}{N}$$

Desviacion estandar

$$s = \sqrt{s^2}$$

Para la presentacion de los resultados consideramos el desarrollo de los siguientes pasos a saber

Primero iniciamos con **la codificacion de las respuestas** que es el procedimiento tecnico que se aplica para categorizar los datos en bruto o sin elaborar a un proceso de simplificacion al transferir a simbolos ordinariamente numeros o letras que finalmente terminan con una distribucion de frecuencia de las respuestas (Lopez L 2016 p 121)

Luego de la codificación pasamos a la **tabulación de los datos** la cual consiste en resumir ordenar y agrupar los datos obtenidos del instrumento en la forma de cuadros estadísticos entonces es contar los núcleos de respuesta (Lopez L 2016 p 121) Para mayor eficiencia utilizamos el programa de Microsoft Excel del paquete de Office 365

Una vez coleccionada y registrada la información decidimos proceder a su adecuada elaboración y presentación tomando en cuenta que

La elaboración de los datos constituye el proceso mediante el cual el investigador selecciona clasifica agrupa y estratifica la información ya obtenida de acuerdo a la relevancia de la misma y la necesidad de corroborar o refutar las hipótesis de partida (Lopez L 2016 p 121)

Posteriormente ya elaborada la información presentamos los datos en forma de figuras cuadros o tablas gráficos con la finalidad de reforzar el análisis de los datos complementado al sumar su expresión y contenido dentro de esta investigación

Gráficos consideramos la utilización de los gráficos como mecanismo de representación de los datos numéricos obtenidos prevalecientemente gráficos de tipo circular o comúnmente denominados gráficos de pastel Estos gráficos según Lopez (2016) se utilizan cuando se da un movimiento regular gradual o cambios en un mismo año y para mostrar

las distribuciones proporcionales entre las variables que integran un todo y resaltar el impacto relativo entre los componentes de un total (p 148)

Diagramas de barra constituyen un tipo de popular de graficas para presentar distribuciones de frecuencia de variables nominales u ordinales (Pagano & Gauvreau 2001 p 15)

Cuadros o tablas es probablemente el medio mas sencillo de resumir un conjunto de observaciones y se puede utilizar para todo tipo de datos numericos (Pagano & Gauvreau 2001 p 12)

Porcentajes se obtiene al establecer una proporcion y multiplicandola por cien son generalmente empleados en preparacion de informes y en el analisis de datos (Lopez L 2016 p 184)

9.2 Prueba de Hipotesis

En cuanto a la prueba de hipotesis esta investigacion ha recurrido al analisis parametrico de acuerdo a las caracteristicas nivel de medicion de variables y planteamiento del problema ya sustentados siendo asi buscamos poner a prueba nuestra hipotesis y para ello nos permitimos la utilizacion de la prueba t para muestras relacionadas

Luego de introducidos los datos y trabajados en el programa SPSS los resultados obtenidos permiten concluir que

Se observa un valor de t de -4.25 , $gl = 11$ grados de libertad y $p = 0.001$, menor que 0.005 por lo que el nivel de eficacia es diferente entre la primera medicion y la segunda medicion, datos significativos para rechazar la hipotesis nula y concluir que las intervenciones psicoterapeuticas son positivas en el proceso de tratamiento y rehabilitacion, del consumo de alcohol

Decisiones para seleccionar la prueba t para muestras relacionadas

- Es un problema de Comparacion
- VI intervencion psicoterapeutica
- Dos mediciones relacionadas (antes y despues del programa)
- VD consumo de alcohol

Nivel de medicion de la variable dependiente
intervalar

- No son eficaces en el proceso de tratamiento y rehabilitacion del consumo de alcohol

- Prueba estadística Prueba 't' para muestras relacionadas
- Regla de decisión Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Nota hemos utilizado un nivel de significancia de 0.05

Prueba 't' para muestras relacionadas

En esta investigación se trabajo con datos cuantitativos y al desear demostrar la eficacia o no de las intervenciones psicoterapeúticas es decir la comprobación o no de la hipótesis utilizamos la prueba t de relación promedio que según Juárez Villatoro & López (2011) *su función es comparar dos mediciones de puntuaciones (medias aritméticas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que las diferencias sean estadísticamente significativas)*

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo a través de programas para computadoras utilizando paquetes estadísticos como el SPSS 18 y Microsoft Excel para lo cual obtuvimos los siguientes resultados

Prueba T		
Notas		
Resultados creados		09 JAN 2018 08 22 33
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\Eloy\Desktop\David HOHI sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Peso	<ninguno>
	Dividir archivo	<ninguno>
	Num de filas del archivo de trabajo	12
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos
	Casos utilizados	Los estadísticos de cada análisis se basan en los casos que no tienen datos perdidos ni quedan fuera de rango en cualquiera de las variables del análisis
Sintaxis		T TEST PAIRS=totalpre WITH totalpost (PAIRED) /CRITERIA=CI(9500) /MISSING=ANALYSIS
Recursos	Tiempo de procesador	00 00 00 02
	Tiempo transcurrido	00 00 00 02

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tip	Error tip de la media
Par	totalpre	84 8333	12	8 92222	2 57562
1	Total	96 5000	12	6 03776	1 74295
	Posttest				

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig
Par	totalpre	12	241	450
1	y Total			
	Posttest			

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig (bilateral)
		Media	Desviacion tip	Error tip de la media	95 / Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par	totalpre	11 66667	9 49003	2 73953	17 69634	5 63699	4 259	11	.001
1	Total Postest								

Se observa un valor de t de -4.25 $gl = 11$ grados de libertad y $p = 0.001$ menor que 0.005 por lo que el nivel de eficacia es diferente entre la primera medición y la segunda medición datos significativos para rechazar la hipótesis nula y concluir que las intervenciones psicoterapéuticas son positivas en el proceso de tratamiento y rehabilitación, del consumo de alcohol

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

*Un hombre que no ha pasado a través
del infierno de sus pasiones no las ha
superado nunca*

Carl Gustav Jung

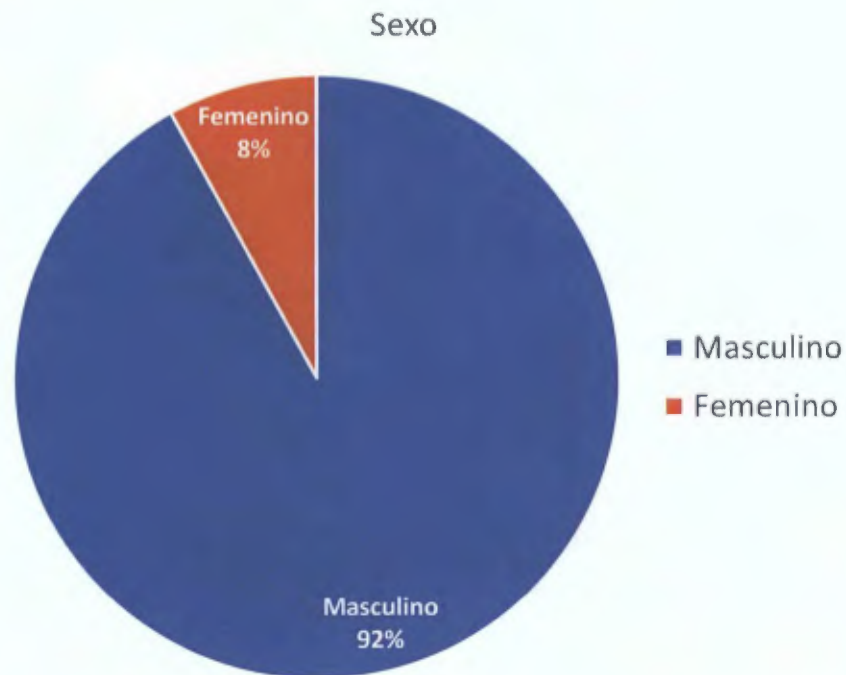
En este capítulo se sustentan la recolección de los datos con base a los resultados y el análisis de los mismos. Primero abordaremos los aspectos generales de la muestra y luego presentamos en gráficas de barras los resultados obtenidos por los participantes en el pre-test y post test.

Características Generales de la Muestra

El programa de intervenciones psicoterapéuticas en personas con problemas de consumo de alcohol planificado y llevado a cabo para efectos de esta investigación fue diseñado para los participantes del Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito quienes aceptaron la participación voluntaria y firmaron el documento de consentimiento informado (COI) consolidándose así la muestra con un total de 12 participantes.

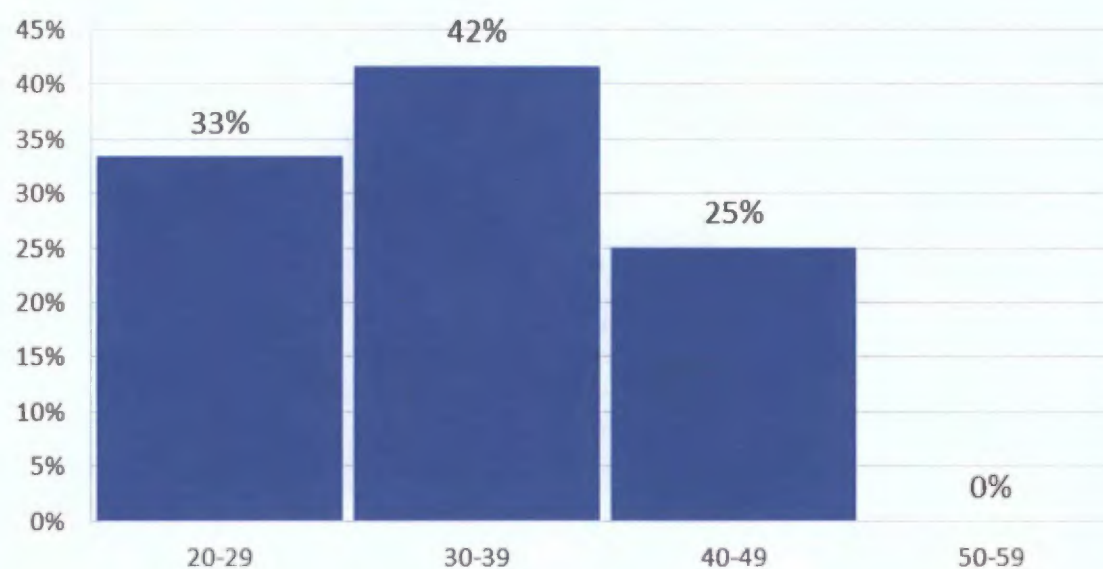
Los datos sociodemográficos serán presentados en primer orden para contextualizar los resultados pertenecientes a esta muestra poblacional de acuerdo a

- Género
- Edad
- Estado civil
- Cantidad de hijos
- Nivel de empleabilidad
- Ingreso familiar
- Corregimiento de residencia

Gráfico No. 1. Muestra por Género.

FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

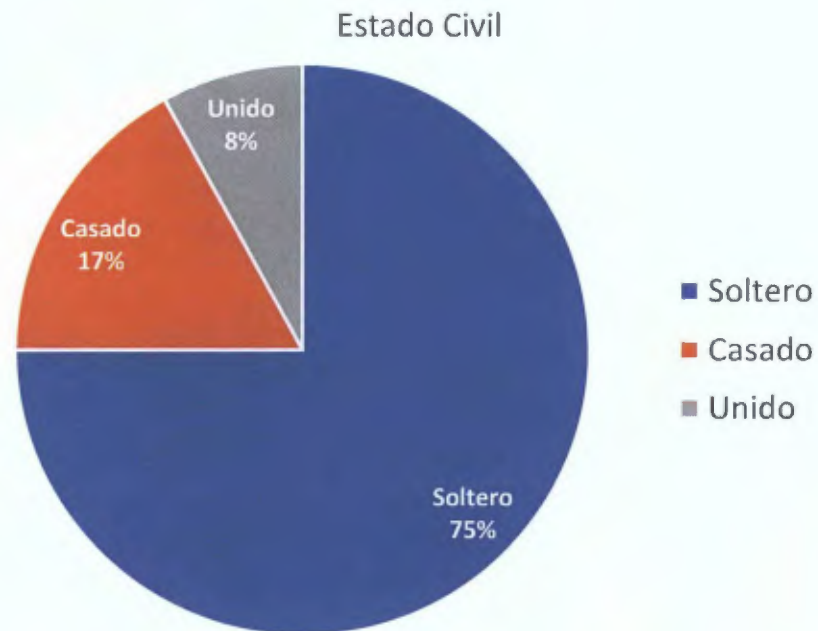
En el gráfico N° 1 presentamos la muestra en términos de género, la cual estuvo dividida a dos categorías; la primera compuesta por 92 % de la muestra total al género masculino y la segunda compuesta por el 8 % correspondiente al género femenino.

Gráfico No. 2. Muestra por edad.

FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

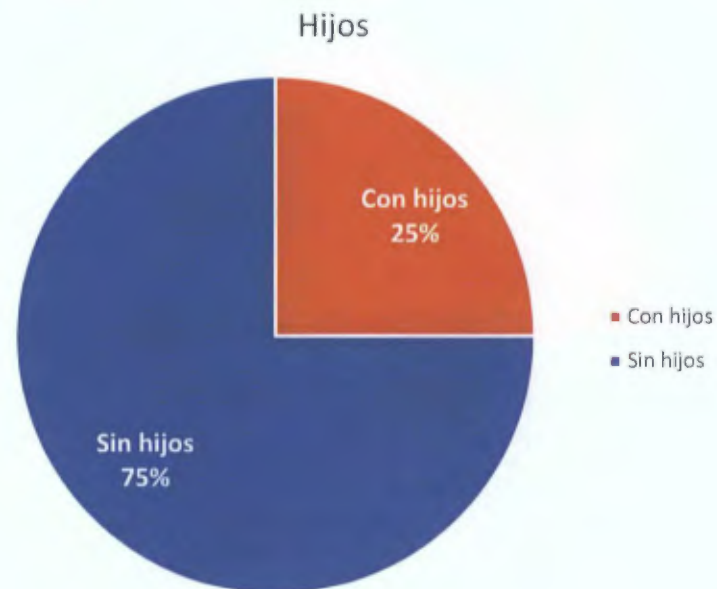
En el gráfico N° 2, referido a la edad, los participantes se ubicaron de la siguiente forma, el 33 % en edades entre 20 y 29 años de edad, el 42 % en edades de entre 30 y 39 años, el 25 % en edades de entre 40 y 49 años y finalmente no hubo participantes en el programa entre los 50 y 59 años de edad.

Gráfico No. 3 Muestra de acuerdo ha estado civil.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

En el gráfico # 3, presentamos la distribución de la muestra en cuanto a su estado civil, para la cual estuvo conformado por el 75 % fueron solteros, el 17 % se encontraban en unión y el 8 % se encuentra casado.

Gráfico No. 4. Muestra por Cantidad de Hijos.

FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

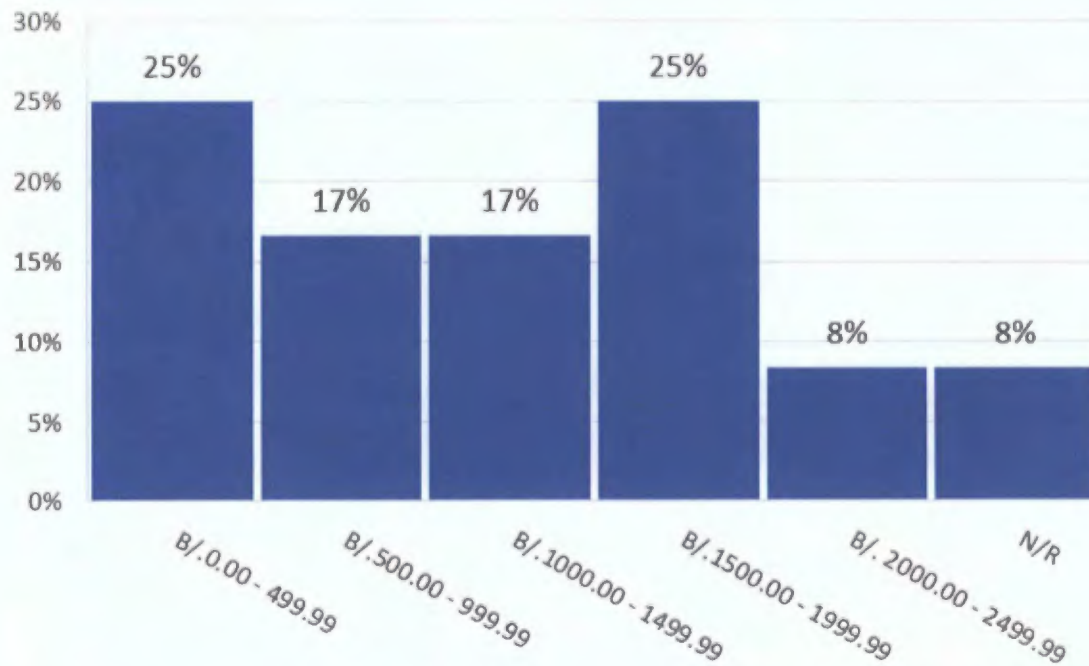
En el gráfico N° 4, presentamos la cantidad de hijos vivos que tienen los participantes del programa, los cuales muestran que el 75 % de los participantes no tiene hijos y el 25 % de los participantes cuenta con dos (2) hijos.

Gráfico No. 5. Muestra por Nivel de Empleabilidad.



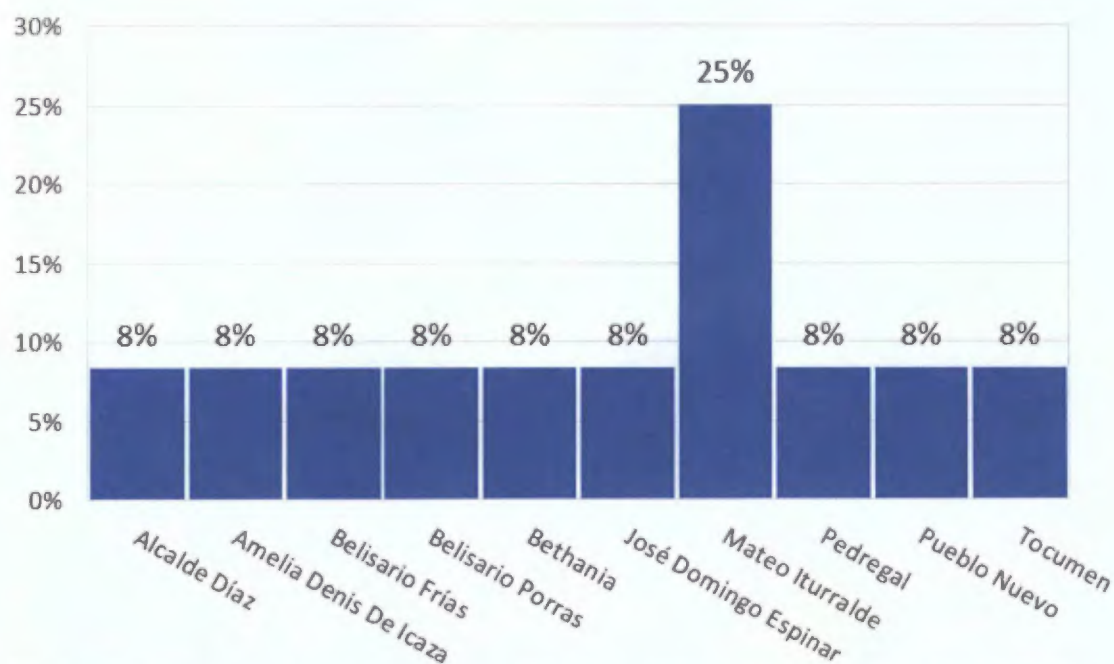
FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

En el gráfico N° 5, representamos la empleabilidad de los participantes al momento de desarrollar el programa, en el cual reportó que el 75 % de los participantes se encuentra ocupados, frente al 25 % de los participantes se encuentran desocupados.

Gráfico No. 6. Muestra de acuerdo a Ingreso Familiar.

FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

El gráfico N° 6, indica el ingreso familiar, encontramos que el 25 % de los participantes tienen un ingreso de entre B/. 0.00 – 499.99, frente a el 17 % de los participantes que obtienen un ingreso familiar mensual de entre B/. 500.00 – 999.99; el 17 % reportó un ingreso familiar de entre B/. 1000.00 – 1499.99; el 25 % reportó obtener ingresos entre B/. 1500.00 y 1999.99; el 8 % indicó que obtiene ingresos por el orden de entre los 2000.00 y 2499.99 y finalmente el 8 % de los participantes no respondió a la pregunta.

Gráfico No. 7. Muestra de acuerdo Corregimiento de residencia.

FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

En el gráfico N° 7, ha sido dedicado al lugar de residencia, de los participantes del programa de intervenciones psicoterapéuticas, el cual fue ubicado de acuerdo a los Corregimiento, que comprenden el Distrito de San Miguelito y el Distrito de Panamá, de donde son procedentes los participantes; el 8 % reside en el corregimiento de Alcalde Díaz, otro 8% en Amelia Denis de Icaza, 8% en Belisario Frías, 8% en Belisario Porras, 8 % en Bethania, 8 % en José Domingo Espinar, 25 % en Mateo Iturralde, 8 % en Pedregal, 8 % Pueblo Nuevo y 8 % en el corregimiento de Tocumen.

RESULTADOS Y ANALISIS DEL PRE TEST Y EL POST

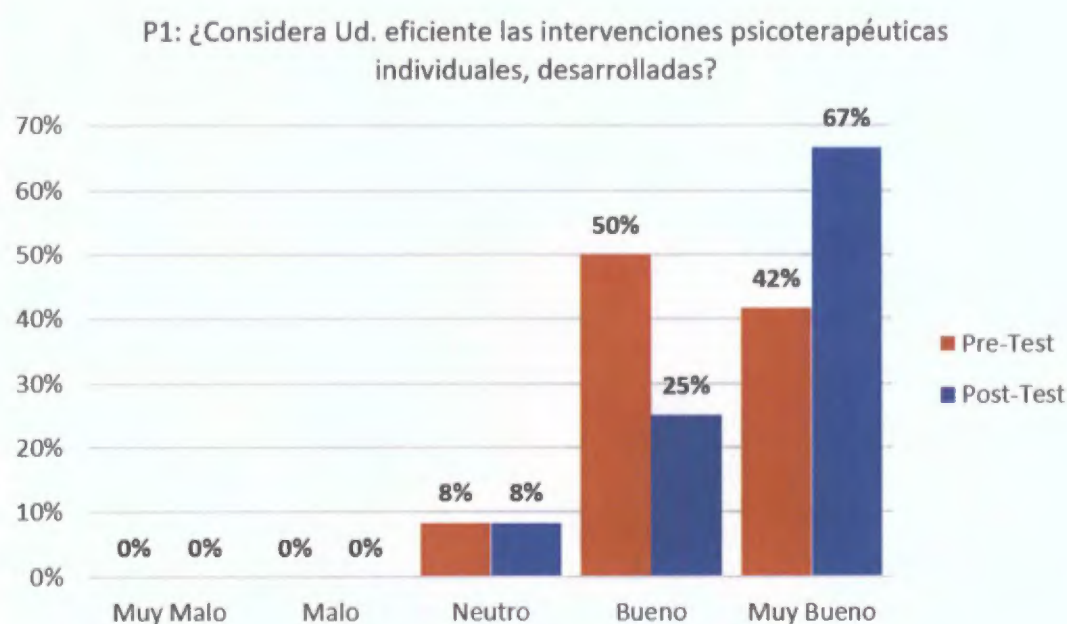
Presentamos los resultados recolectados luego de la aplicacion del pre test y post test a traves de los siguientes cuadros y graficas

Cuadro II ¿CONSIDERA USTED EFICIENTE LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS INDIVIDUALES, DESARROLLADAS?

	Pre Test		Post Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	1	8%
Bueno	6	50%	3	25%
Muy Bueno	5	42%	8	67%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 8. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post test, según percepción del nivel de eficiencia, de las intervenciones psicoterapéuticas individuales, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

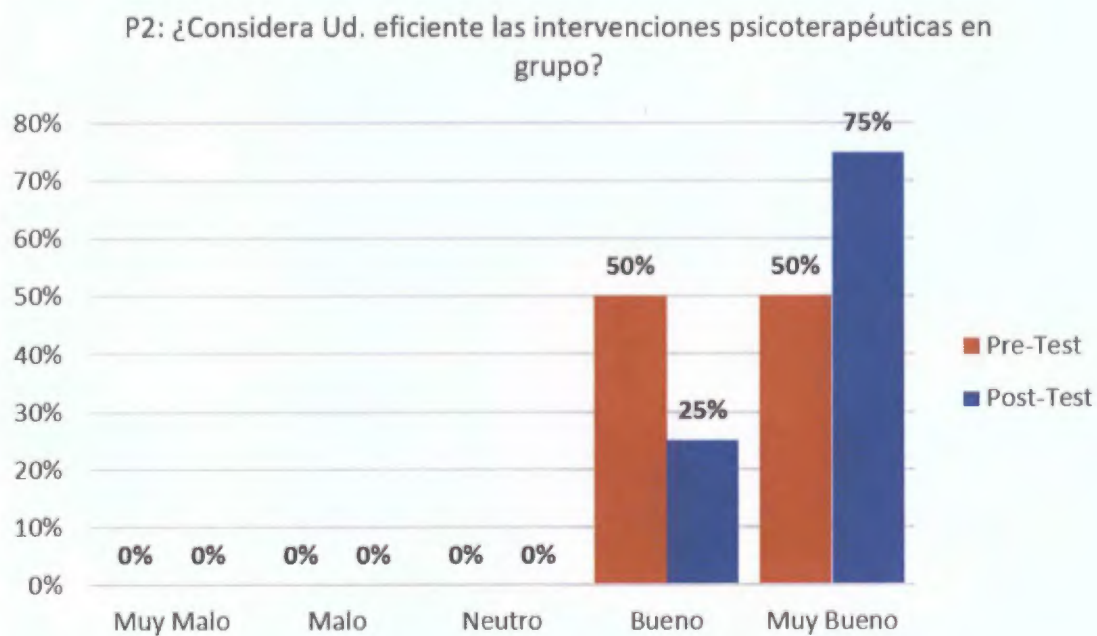
Para la pregunta uno, en el pre-test encontramos que la mayoría de los participantes, contestaron que las intervenciones psicoterapéuticas serían buenas, que en una valoración global positiva sumarían un 92 %. Al aplicar el post-test, nos encontramos que a pesar que la valoración global persiste siendo positiva con un 92 %, esta vez se encuentra a expensas de una percepción muy buena.

Cuadro III ¿CONSIDERA USTED EFICIENTE LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN GRUPO?

	Pre Test		Post-Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	0	0%	0	0%
Bueno	6	50%	3	25%
Muy Bueno	6	50%	9	75%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 9. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post-test, según percepción del nivel de eficiencia, de las intervenciones psicoterapéuticas grupales, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito, Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

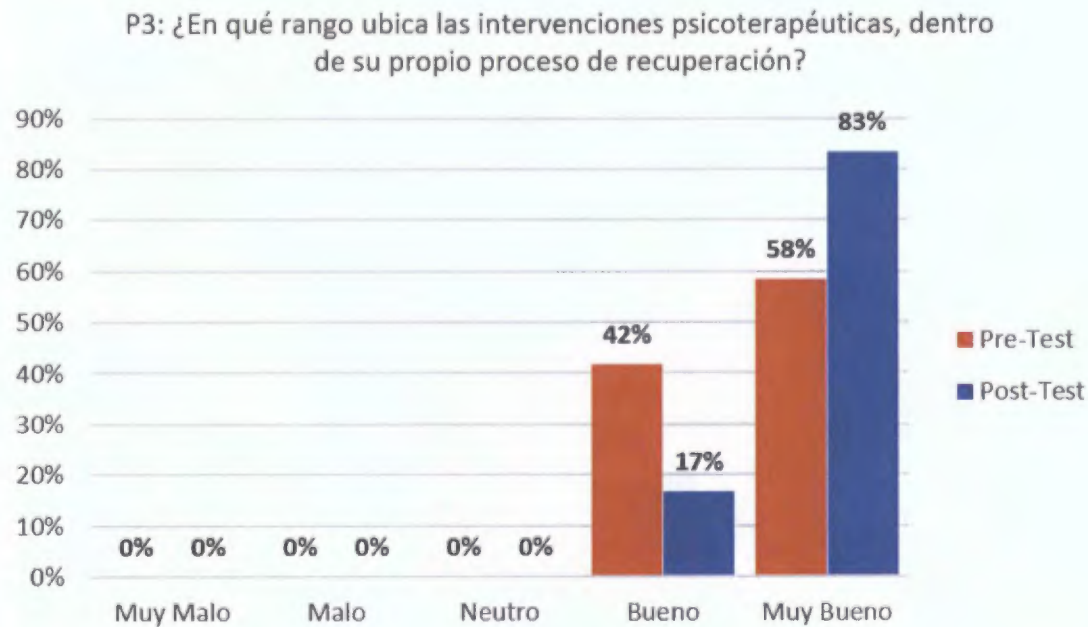
En la pregunta dos del pre-test y post-test, encontramos que todos los participantes marcaron una valoración global positiva a la pregunta. Y el 75 % de los participantes calificó como muy bueno el nivel de eficiencia, de dichas en el post-test.

Cuadro IV EN QUE RANGO UBICA LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS, DENTRO DE SU PROPIO PROCESO DE RECUPERACION

	Pre Test		Post-Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	0	0%	0	0%
Bueno	5	42%	2	17%
Muy Bueno	7	58%	10	83%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 10. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post-test, según percepción del nivel de satisfacción, de las intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito, Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

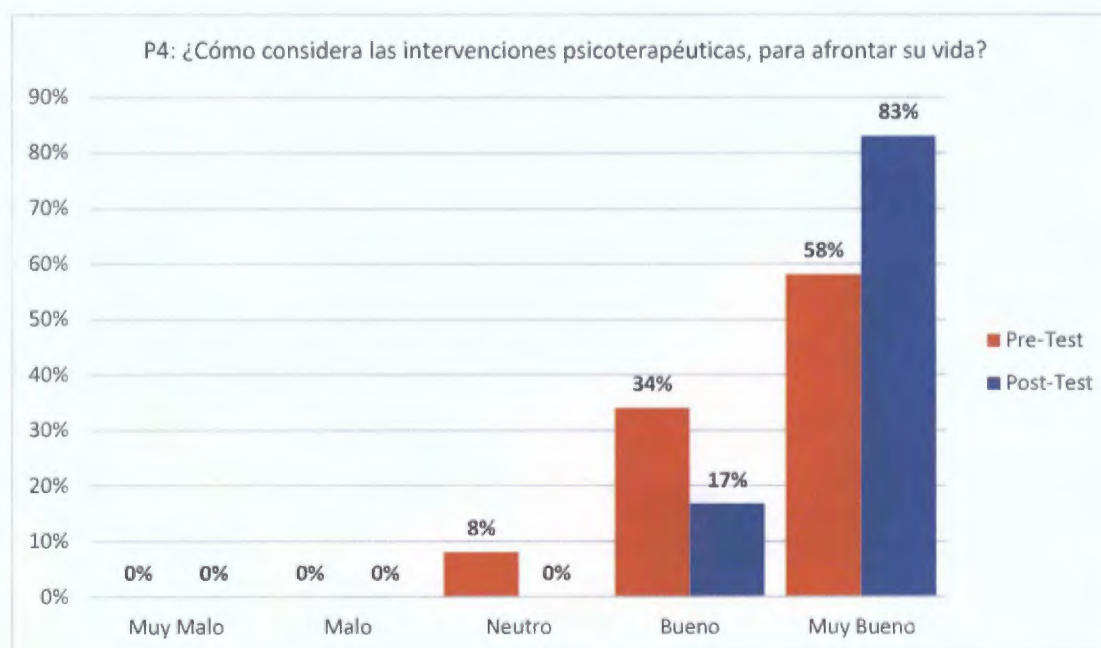
Encontramos en la pregunta tres que los participantes consideraron tanto en el pre-test y post test, un nivel de satisfacción positivo, de las intervenciones psicoterapéuticas en su proceso de recuperación, como valoración global.

Cuadro V ¿COMO CONSIDERA LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS, PARA AFRONTAR SU VIDA?

	Pre Test		Post Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	0	0%
Bueno	4	34%	2	17%
Muy Bueno	7	58%	10	83%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 11. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post-test, según percepción del nivel afrontamiento para la vida, de las intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

Para la pregunta cuatro, en el pre-test encontramos que la mayoría de los participantes contestaron que las intervenciones psicoterapéuticas serían buenas, que en una valoración global positiva sumarían un 92 %.

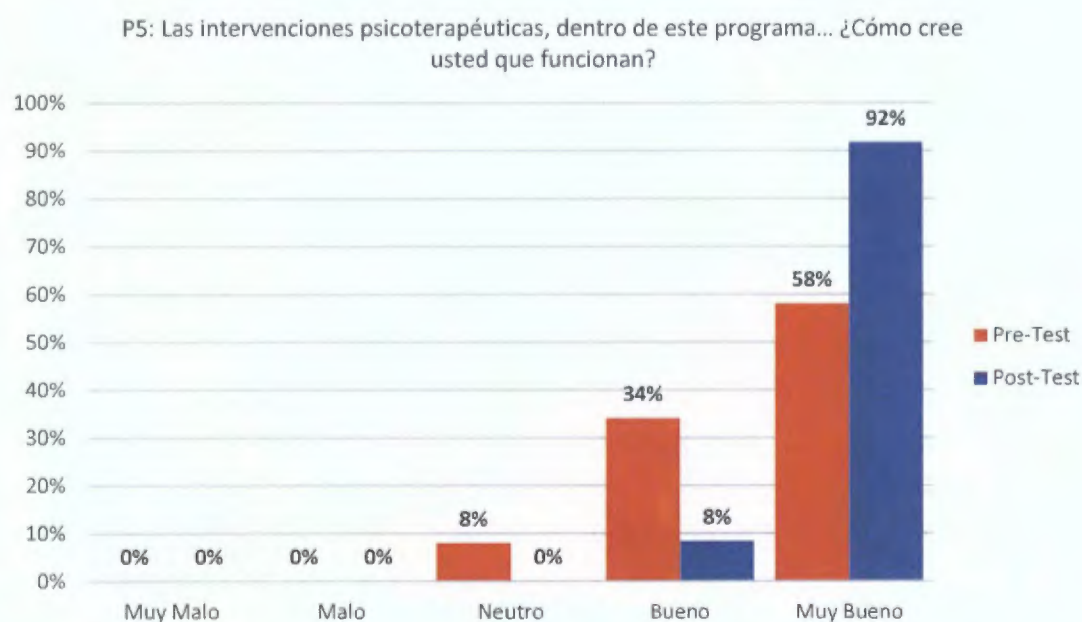
Al aplicar el post-test, nos encontramos que a pesar que la valoración global persiste siendo positiva, esta vez se encuentra a expensas de una percepción muy buena del 75 %.

Cuadro VI LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS DENTRO DE ESTE PROGRAMA ¿COMO CREE USTED QUE FUNCIONAN?

	Pre Test		Post Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	0	0%
Bueno	4	34%	1	8%
Muy Bueno	7	58%	11	92%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 12. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post-test, según percepción del nivel de funcionamiento, de las intervenciones psicoterapéuticas del programa, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

Para la pregunta cinco del pre-test, los participantes calificaron el nivel de funcionamiento de forma neutral en un 8 % y un 91 % de forma positiva. Luego de la aplicación del post-test, observamos que la valoración global puntúa a positivo.

Cuadro VII EL TIEMPO DEDICADO COMO PARTICIPANTE DE ESTE PROGRAMA, LE RESULTO

	Pre Test		Post Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	0	0%
Bueno	3	25%	1	8%
Muy Bueno	8	67%	11	92%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 13. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post-test, según valoración del tiempo dedicado al programa de las intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito, Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

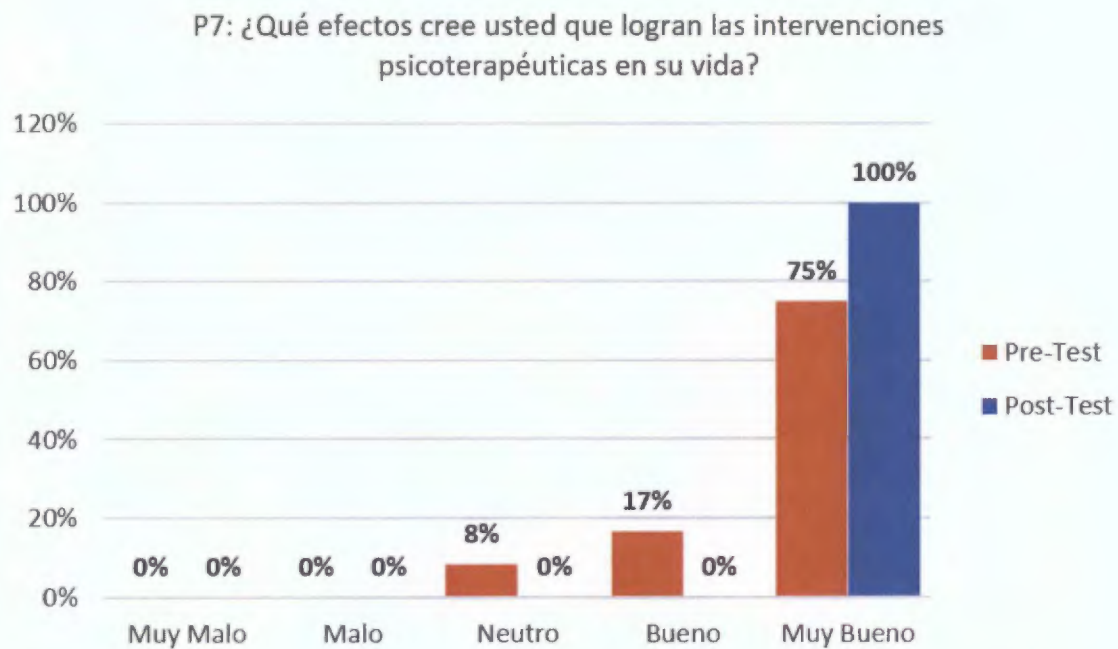
Para la pregunta seis, no se evidenciaron resultados negativos en cuanto a las consideraciones del tiempo empleado por los participantes del programa de intervenciones psicoterapéuticas, al momento de la aplicación del pre-test. En cuanto a los resultados del post-test, se encuentra como valor total, que los participantes valoran positivamente, el tiempo dedicado al programa.

Cuadro VIII ¿QUE EFECTOS CREE USTED QUE LOGRAN LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN SU VIDA?

	Pre Test		Post-Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	0	0%
Bueno	2	17%	0	0%
Muy Bueno	9	75%	12	100%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 14. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post test, según apreciación de efectos en la vida del participante, de las intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

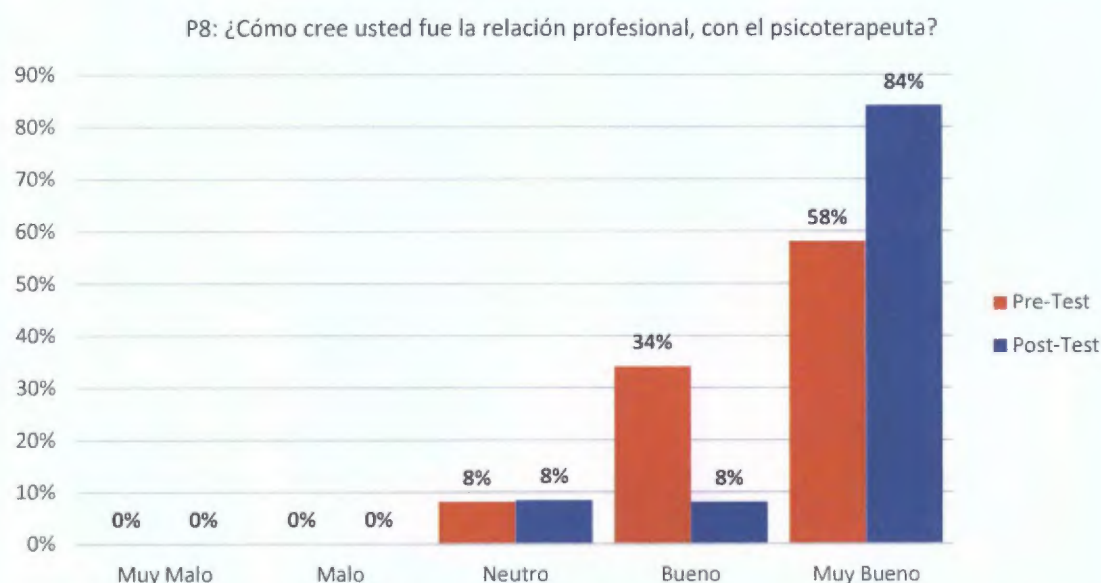
En esta pregunta, los participantes del programa, al apreciar los efectos que logran las intervenciones psicoterapéuticas, marcaron un total de 92 % como valoración global positiva.

Cuadro IX ¿COMO CREE USTED FUE LA RELACION PROFESIONAL CON EL PSICOTERAPEUTA?

	Pre Test		Post-Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	1	8%
Bueno	4	33%	1	8%
Muy Bueno	7	58%	10	84%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 15. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post test, según percepción de la relación profesional terapeuta-paciente, de las intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

Para esta pregunta los participantes, en el pre-test, percibieron la relación terapeuta-paciente con carácter positivo y sólo el 8% se mostró neutral frente a esta pregunta.

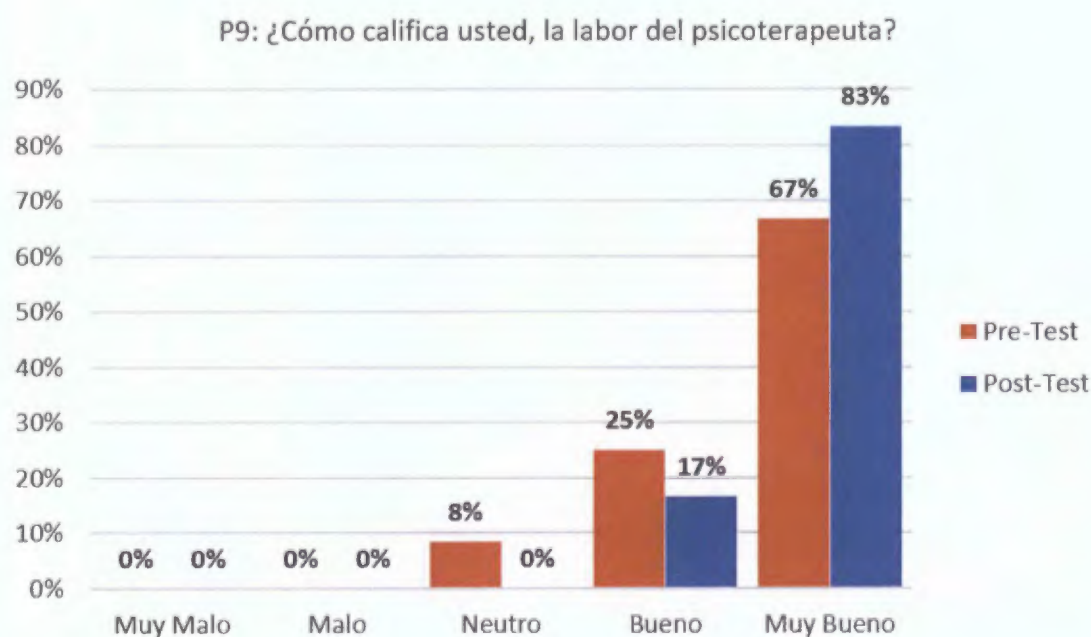
En comparación con el post-test, no hubo resultados negativos a la relación terapeuta-paciente, luego de realizado el programa de intervenciones psicoterapéuticas.

Cuadro X ¿COMO CALIFICA USTED, LA LABOR DEL PSICOTERAPEUTA?

	Pre-Test		Post Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	1	8%	0	0%
Bueno	3	25%	2	17%
Muy Bueno	8	67%	10	83%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 16. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post test, según nivel de evaluación de la labor del terapeuta, en el programa de intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

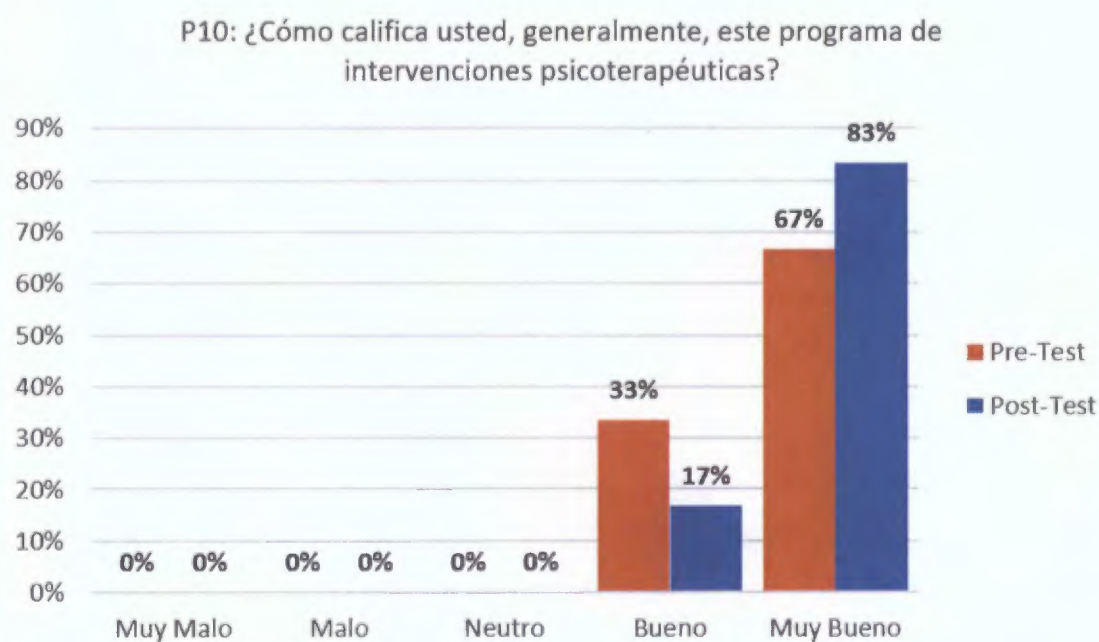
Para esta pregunta los participantes, en el pre-test, evaluaron la labor del terapeuta con carácter positivo y sólo el 8% se mostró neutral frente a esta pregunta. En comparación con el post-test, no hubo resultados negativos a la labor del terapeuta, luego de realizado el programa de intervenciones psicoterapéuticas.

Cuadro XI ¿COMO CALIFICA USTED GENERALMENTE ESTE PROGRAMA DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS?

	Pre Test		Post Test	
	Fr	%	Fr	%
Muy Malo	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Neutro	0	0%	0	0%
Bueno	4	33%	2	17%
Muy Bueno	8	67%	10	83%
Total	12	100%	12	100%

FUENTE Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas en el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito Octubre – Noviembre 2017

Gráfico No. 17. Porcentaje de participantes encuestados en pre-test y post test, según percepción del nivel de calidad general, del programa de intervenciones psicoterapéuticas, Grupo de Alcohólicos Anónimos de Distrito de San Miguelito. Panamá, Octubre – Noviembre 2017.



FUENTE: Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

Tanto en el pre-test como en el post test, los participantes evaluaron de acuerdo a su percepción el nivel de calidad general del programa de intervención psicoterapéuticas, con una valoración total positiva.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*La forma mas pura de escuchar es
escuchar sin memoria o deseo*

Wilfred Bion

CONCLUSIONES

Esta muestra particular de la poblacion nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones que han sido diseñadas mas que todo teniendo como norte la validez interna y externa de la presente investigacion En consecuencia presentamos las siguientes

- 1 Las intervenciones psicoterapeuticas bajo el modelo psicoanalitico para esta muestra poblacional son positivas es decir que si logran el efecto deseado para el tratamiento y la rehabilitacion satisfactoria de las personas con problemas de uso y consumo nocivo del alcohol y sus derivados
- 2 El programa de intervenciones psicoterapeuticas logra mejorar la calidad de vida de los pacientes alcoholicos y en ultima instancia alejarlos definitivamente del consumo a traves de la aclaracion la confrontacion la interpretacion la sugerencia y prohibicion el control activo y la posicion terapeutica
- 3 El empleo de formas de intervencion de probada efectividad se observa desde una dualidad primero hace referencia al respeto por y con el paciente de acuerdo a la valoracion por su persona tiempo y dedicacion por y en el tratamiento segundo el necesario compromiso del profesional que asiste al paciente con su ciencia y su profesion

- 4 En el area adiccionalista el alcohol es considerado como una droga legal y de libre consumo en gran parte de los paises del mundo llegando a posicionarse como la droga de mayor consumo en el mundo y la de primer contacto con la poblacion panameña
- 5 El empleo de un metodo de atencion al paciente con problemas de uso consumo y abuso de alcohol y sus derivados esta sometido a las mismas reglas de las practicas clinicas actuales ser repasados una y otra vez permite comprobar su efectividad y correspondencia con los objetivos propuestos en principio

RECOMENDACIONES

Dados los resultados obtenidos y en relacion a las ya planteadas conclusiones es viable recomendar de acuerdo a esta muestra poblaconal lo siguiente

- 1 Integrar un psicologo clinico a los grupos de alcoholicos anonimos en la Provincia de Panama en aras de replicar consolidar y aumentar el grado de eficiencia y accion de las intervenciones psicoterapeuticas
- 2 Que los especialistas de la salud y particularmente los del campo de la salud mental deben ser proactivos en el diseño de nuevas investigaciones que busquen comprobar la efectividad para con la atencion de personas con problemas de uso abuso y consumo nocivo de alcohol y alejarse de las practicas pseudocientificas
- 3 Es imprescindible incorporar un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario en el campo de la salud mental reforzar la atencion en el sistema de salud publico asi como recalcar y valorizar profundamente la importancia de los grupos de auto ayuda como lo son los Grupos de Alcoholicos Anonimos y su trabajo en el area de prevencion tratamiento y rehabilitacion de personas con problemas de uso abuso y consumo de alcohol

- 4 La psicología clínica desde el área adiccionalista puede y debe reforzar las formas de acción en cuanto a promoción y prevención de la conducta adictiva así como profundizar en el tratamiento terapéutico de las personas que usan consumen y abusan del alcohol y otras drogas esta es una población que requiere la atención de esta importante disciplina científica
- 5 Finalmente este tema requiere estudios adicionales Es fundamental la construcción de nuevas hipótesis y / o supuesto e intentar probarlas mediante métodos cuantitativos y / o cualitativos debido a que el área del alcohol y las adicciones pueden ser abordadas por la epidemiología de la salud la sociología la psicología entre otras en fin los estudios hoy día son limitados para estas áreas en nuestro país

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

Alcoholicos Anonimos (2005) *Libro Grande Texto Basico de Alcoholicos Anonimos* Estados Unidos de America Editorial Alcoholic Anonymous World Services Inc

Arias F G (1991) *Introduccion a la metodologia de investigacion en ciencias de la administracion y del comportamiento* 5ª ed Mexico Editorial Trillas

Asociacion Americana de Psiquiatria (2014) *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM 5)* 5ª Ed Arlington VA Asociacion Americana de Psiquiatria

Campos L (2010) *Metodologia de la Investigacion* 3ª Edicion Panama Editorial Artes e Impresiones Durbin

Cazau P (2006) *Introduccion a la Investigacion en Ciencias Sociales* Buenos Aires Argentina UniRio Editorial

Dewald P (1973) *Psicoterapia Un enfoque Dinamico* Barcelona España Editorial Toray

Diaz I (1994) *Tecnicas de la Entrevista Psicodinamica* Mexico Editorial Pax Mexico

Echevarria H D (2016) *Los diseños de investigacion cuantitativa en psicologia y educacion* Argentina UniRio Editora

Etchegoyen H (2010) *Los Fundamentos Tecnica Psicoanalitica* (3ª Ed) Buenos Aires Argentina Editorial Amorrortu

Gili Robert (2001) *Diseño de Cuestionario Escalas de Medida* Valencia España Editorial Universitat de Valencia

Grinberg L Langer M y Rodrigue E (1977) *Psicoterapia del Grupo Su enfoque Psicoanalitico* Buenos Aires Argentina Editorial Paidos

Hernandez Sampieri Fernandez Collado Baptista Lucio (2014) *Metodologia de la Investigacion* 6ª edicion Mexico McGraw-Hill

Hurley W L Denegar C R Hertel Jay (2012) *Metodos de Investigacion Fundamentos de una Practica Clinica Basada en la Evidencia* Estados Unidos de America Editorial Wolters Kluwer

Juarez F Villatoro J & Lopez E (2011) *Apuntes de Estadística Inferencial* Mexico Editorial Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente

Kazdin A E (2001) *Método de Investigación en Psicología Clínica* Mexico D F Mexico Pearson Educación

Laplanche J Pontalis J B (2004) *Diccionario de Psicoanálisis* Buenos Aires Argentina Editorial Paidós

Lopez L (2016) *Trabajos de Graduación e Informes procedimientos y técnicas para su elaboración 7ª Edición* Panama Editorial Sibauste

Monjes A C A (2011) *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa* Guía didáctica Colombia Universidad Surcolombiana

Pagano M Gauvreau K (2001) *Fundamentos de Bioestadística* Mexico Editorial Thomson

Pedrero E Fernandez J Casete L Bermejo Secades R y Tomas V (2008) *Guía de intervención psicológica en adicciones* Madrid España Editorial Socidrogalcohol

Pinzon S (2015) *Hombres Psicoanálisis – Cine* Panama Editorial Ultradigital Press

Rodriguez C Gutierrez J & Pozo T (2007) *Fundamentos conceptuales y desarrollo práctico con SPSS de las principales pruebas de significación estadística en el ámbito educativo* Mexico Editorial Grupo Editorial Universitario

Rossi L (2010) *Entrevista Historia Clínica Patología Frecuente* Mexico Editores de textos mexicanos

Sanchez R y Perez P (2014) *Neuropsicología de la Adicción* Madrid España Editorial Médica Panamericana

Sarason I Sarason B (1996) *Psicología Anormal El problema de la conducta inadaptada* Séptima Edición Mexico Prentice Hall Hispanoamericana S A

Trull T J & Phares E J (2003) *Psicología Clínica Conceptos métodos y aspectos prácticos de la profesión* Mexico D F Thomson International

White H y Sabarwal S (2014) *Diseño y Métodos Cuasiexperimentales Síntesis Metodológicas evaluación de impacto n° 8* Centro de Investigaciones de UNICEF Florencia

Greenson, Ralph. (2004). Técnica y Práctica del Psicoanálisis. México: Editorial Siglo Veintiuno editores, s.a.

Publicaciones Web:

Alperin, M., Skorupka, C., (2014). Métodos de muestreo. Recuperado de <http://www.fcnym.unlp.edu.ar/catedras/estadistica/Procedimientos%20de%20muestreo%20A.pdf>

Álvarez, J. (1997). Repaso de conceptos básicos de estadística. Sociedad andaluza de educación en matemáticas. Recuperado de <http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd97/UnidadesDidacticas/53-1-u-punt14.html>

Briones, G. (2002). Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales. Recuperado de <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-quillermo-briones.pdf>

Dichter and Neira (2016). Encuesta de Opinión Pública. Recuperado de: <http://www.dichter-neira.com/wp-content/uploads/2016/09/Resultados-DNOP-septiembre-2016-VF-con-art%C3%ADculo.pdf>

Elizondo, J. (1994). Qué es el alcoholismo. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/306649365/Que-Es-El-Alcoholismo-Dr-Elizondo>

Ferraro, M. (2011). Alcoholismo, familia y codependencia. Recuperado de <http://dSPACE.palermo.edu/dSPACE/bitstream/handle/10226/662/Ferraro%20Mariana.pdf>

Freud, S. (1905). *Sobre Psicoterapia*. Recuperado de <http://caece.opac.com.ar/gsd/collect/apuntes/index/assoc/HASH0182.dir/doc.pdf>

Hernández, V. (s.f.) *Psicoterapia Psicoanalítica, Dos Extremos de un Continuum*. Recuperado de: <http://www.historia-psicoanalisis.es/pdf/PSICOTERAPIAPSICOANALITICAPSICOANALISIS.pdf>

Mastandrea, P. (2016). Caso Dora: La Historia de un Fracaso. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/128.pdf>

Ministerio de Salud de Panamá (2012). Situación de Salud de Panamá. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pa>

Ministerio de Salud de Panamá (2015). Análisis de Situación de Salud Panamá 2015. Recuperado de [http: www.minsa.gob.pa](http://www.minsa.gob.pa)

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de Términos de alcohol y drogas*. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Plan de acción de la salud mental. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Pretel, M., González, B., Guevara, A., Fernández, O., Toledo, Y. (2015). El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la Psicología de la Salud. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/314/1366>

Freud, S. (1915). *Obras completas, Sigmund Freud. Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey con la colaboración de Anna Freud, asistidos por Alix Strachey y Alan Tyson*. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/15%20-%20Tomo%20XV.pdf>

Soumastre, J. (2016). Adicción a las drogas; una lectura psicoanalítica. Recuperado de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_iohana_geymonat.pdf

Villafuerte, D. (2010). Manual metodológico para el investigador científico. Recuperado de: http://www.dre-learning.com/download/cursos/mdli/parte_4.htm

ANEXOS

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es un documento tecnico legal que explica todas las cuestiones relativas a la utilizacion sobre sus datos en la participacion del proceso de investigacion con fines unicamente academicos de la Universidad de Panama UP bajo la responsabilidad del psicologo David Sanjur durante el año lectivo en curso 2017

Lealo atentamente y consulte con las todas las dudas que se le planteen

1 INFORMACION ACERCA DE LA (S) SESIONES Desde el Grupo de Alcoholicos Anonimos de San Miguelito se llevara a cabo la aplicacion de una encuesta a dos momentos (pre test y post test) con el objetivo de Demostrar la capacidad de las intervenciones terapeuticas bajo el modelo psicodinamico en el tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol

2 USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS Los datos que se obtengan de su participacion seran utilizados unicamente con fines de academicos para el analisis e interpretacion del presente estudio preservando siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena (solo investigador principal) pueda acceder a esta informacion atendiendo un estricto cumplimiento sobre la proteccion de datos de caracter personal En ningun caso se haran publicos sus datos personales y siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la informacion y el material obtenido

3 REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO Si en el caso de decidir participar y consentir la colaboracion inicialmente pero en algun momento del proceso del estudio usted desea dejar de participar rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dará por finalizada su participacion dentro del presente estudio

4 DECLARACION DE CONSENTIMIENTO Yo _____, con numero de identidad personal _____, he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado he comprendido las explicaciones facilitadas acerca de las acciones academicas a realizarse por parte del psicologo - investigador principal por lo cual he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto Tambien comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicacion puedo revocar el consentimiento que ahora presento Tambien he sido informado/a de que mis datos personales seran protegidos y seran utilizados unicamente con fines de formacion y desarrollo profesional dentro del proceso de estudio / investigacion Tomando todo ello en consideracion y en tales condiciones **CONSIENTO** participar en todas las acciones planificadas y que los datos que se deriven de mi participacion sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en este documento

Dado en Ciudad de Panama a los dias ____ del mes de _____ de 2017

David Sanjur
Psicologo

Participante

Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas en el Grupo de Alcohólicos Anónimos de San Miguelito, Octubre – Noviembre, 2017.

RESPONSABLE David Sanjur

FECHA octubre – noviembre 2017

PARTICIPANTES 12

DESCRIPCION

El programa de intervenciones psicoterapeuticas estara a cargo del psicologo David Sanjur el cual sera desarrollado de forma colectiva en formato de sesiones de psicoterapia de grupo de enfoque psicoanalitico para el abordaje e intervencion de las personas con problemas de uso y consumo nocivo de alcohol y sus derivados quienes cumplen con los criterios de inclusion y exclusion

Se creara un grupo y luego se indica una entrevista individual para el conocimiento del participante y registro de los datos de forma confidencial posteriormente se da la aplicacion del pre test constituyendo asi un primer momento que finaliza con la explicacion profunda del programa asi como la firma del consentimiento informado Una vez completado este primer encuentro con todos los participantes se inicia el programa de las intervenciones psicoterapeuticas las cuales se desarrollaran en modalidad sesiones de psicoterapia de grupo de enfoque psicoanalitico que estaran conformadas por el conjunto de 12 personas con problemas de uso y consumo nocivo de alcohol y sus derivados

Los participantes seran reunidos una vez por dia a razon de 5 veces por semana con una duracion de 1 hora reloj cumpliendo asi con el trabajo psicoterapeutico lo que permute al paciente expresar su experiencias sentimientos y emociones de forma libre y abierta dentro del grupo y con el psicologo a cargo (quien dirige las sesiones y desarrolla el proceso terapeutico en base a intervenciones psicoterapeuticas para cada paciente)

La duracion total del programa de intervenciones psicoterapeuticas sera de 4 semanas a razon de 5 horas cada semana y un total de 20 sesiones al final del proceso

Una vez finalizado el programa de intervenciones psicoterapeuticas se tiene contemplado la aplicacion del post test lo cual permite realizar dos mediciones en el tiempo y recolectar los datos para su posterior analisis e interpretacion de la investigacion planteada

OBJETIVOS

Objetivo General

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes alcoholicos y en ultima instancia alejarlos definitivamente del consumo

Objetivos Especificos

- Demostrar la capacidad de las intervenciones terapeuticas bajo el modelo psicodinamico en el tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol
- Desarrollar un programa de intervenciones psicoterapeuticas en personas con problemas de consumo de alcohol del grupo de alcoholicos anonimos de San Miguehito
- Contrastar los efectos del programa de intervenciones psicoterapeuticas entre los resultados del pre test frente a los resultados del post-test.

METODOLOGIA.

El desarrollo del programa de intervenciones psicoterapeúticas ha sido dividido en una estructura funcional de tres apartados para su mejor desarrollo siguiendo una metodología dinámica respetuosa y confidencial

Así las sesiones del programa serán desarrolladas en modalidad de psicoterapia de grupo de enfoque psicoanalítico y dirigidas a través de los tipos de intervenciones psicoterapeúticas aclaración confrontación interpretación sugerencia y prohibición control activo y la posición terapéutica Permitiéndole al participante expresar sus experiencias de vida del pasado y reparar de acuerdo al significado y significante de las mismas llevadas a cabo dentro de la vida del participante con consumo y uso nocivo de alcohol

Se prevé el desarrollo de las sesiones con una distribución de aula en círculo para que todos los participantes puedan mirar sus rostros y sentirse miembros del grupo se les permitirá identificarse y cuando el psicólogo lo permita poder ofrecer sugerencias mas no recomendaciones

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA

El desarrollo del programa de intervenciones psicoterapeúticas ha sido dividido en tres apartados para su mejor desarrollo y funcionamiento a saber

1 PRIMER APARTADO

Comprende un primer encuentro con los participantes del grupo de alcohólicos anónimos en el cual se les explica sobre el programa y se les solicita la participación libre y voluntaria Luego de la aceptación de los participantes se realiza una entrevista individual y en un segundo momento se les aplica colectivamente el pre test así como la firma del consentimiento informado

Se propone realizar una semana antes de iniciar el programa de intervenciones psicoterapeúticas con los participantes de forma individualizada contemplando así

- Participantes
- Aplicación del pre test
- Entrevista Individual
- Explicación del program

2 SEGUNDO APARTADO

Preve el desarrollo de las 20 sesiones grupales del programa de intervenciones psicoterapeúticas cada una de estas fue planeada para cubrir los seis (6) tipos de intervenciones (aclaración confrontación interpretación sugerencia y prohibición control activo y la posición terapéutica) con cada uno de los participantes Esta estructura se mantiene igual en las 20 sesiones

Cada una de las sesiones inicia con la bienvenida lectura de las normas descriptivas de la sesión de grupo de A A y luego la oración de la serenidad se le pide a cada participante que se identifique con el sentimiento o la emoción de las últimas 24 horas y luego de acuerdo al orden y registro personal del psicólogo - terapeuta se llama a tres de los participantes en cada sesión para que explique su sentimiento o emoción para indagar así en los actos conscientes y pre conscientes del participante poder hacer interpretaciones y devolver información con algún tipo de intervenciones arriba presentadas

Lo antes expuesto permite que dentro de las 20 horas del programa cada participante tendrá la oportunidad de ser llamado en varias ocasiones y beneficiarse de las intervenciones psicoterapeúticas de las sesiones de grupo

Cada sesión finaliza colocándose de pie agarrados de las manos en un pequeño círculo y pronunciando la oración de la serenidad

3 TERCER APARTADO

Comprende el ultimo encuentro y la finalizacion del programa intervenciones este culmina con la aplicacion del post test la cual es programada para cuatro (4) semanas despues de realizadas las sesiones de grupo con la idea de permitir la internalizacion de las intervenciones dadas a cada participante y medir el efecto y alcance logrado

- Participantes
- Aplicacion de post test

FORMATO: ENTREVISTA INDIVIDUAL

DATOS GENERALES	
Iniciales	
Edad	
Sexo	
Infancia	
Padre	
Madre	

GENERALIDADES	
¿Haz consumido Alcohol?	
¿Que tipo de alcohol ha consumido?	
¿Durante cuanto tiempo ha consumido alcohol o sus derivados?	
¿Por que elegiste consumir alcohol y / o sus derivados?	
¿Haz estado en algun centro de rehabilitacion en el pasado?	

Fecha.	
Examinador	

FORMATO: PRE-TEST

Estimado participante la presente encuesta es de caracter sencillo y nos permitira conocer el grado de satisfaccion o no en base al Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas llevadas a cabo dentro del proceso desarrollado en estas semanas para con el Grupo San Miguelito de Alcoholicos Anonimos Panama Solo, debe marcar con un gancho o una equis, la casilla de su eleccion

Datos demograficos

Iniciales de su nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Estado civil Soltero _____ Unido _____ Casado _____ Hijos _____

Lugar de residencia _____

Provincia _____ Distrito _____ Corregimiento _____

Ocupación _____ Ingreso familiar _____

#	Items	1	2	3	4	5
		Muy malo	Malo	Neutro	Bueno	Muy bueno
1	¿Hoy considera usted eficiente las intervenciones psicoterapeuticas individuales desarrolladas?					
2	¿Hoy considera usted eficiente las intervenciones psicoterapeuticas en grupo ?					
3	En que rango ubica las intervenciones psicoterapeuticas dentro de su propio proceso de recuperacion					
4	¿Como considera las intervenciones psicoterapeuticas para afrontar su vida?					
5	Las intervenciones psicoterapeuticas dentro de este programa ¿Como cree usted que funcionan?					
6	El tiempo dedicado como participante de este programa le resulto					
7	¿Que efectos cree usted que logran las intervenciones psicoterapeuticas en su vida?					
8	¿Como cree usted fue la relacion profesional con el psicoterapeuta?					
9	¿Como califica usted la labor del psicoterapeuta?					
10	¿Como califica usted generalmente este programa de intervenciones psicoterapeuticas?					

¡Gracias, por su participacion!

FORMATO: POST-TEST

Estimado participante la presente encuesta es de caracter sencillo y nos permitira conocer el grado de satisfaccion o no en base al Programa de Intervenciones Psicoterapeuticas llevadas a cabo dentro del proceso desarrollado en estas semanas para con el Grupo San Miguelito de Alcoholicos Anonimos Panama Solo, debe marcar con un gancho o una equis, la casilla de su eleccion

Datos demograficos

Iniciales de su nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Estado civil Soltero _____ Unido _____ Casado _____ Hijos _____

Lugar de residencia _____

Provincia _____ Distrito _____ Corregimiento _____

Ocupacion _____ Ingreso familiar _____

#	Items	1	2	3	4	5
		Muy malo	Malo	Neutro	Bueno	Muy bueno
1	¿Hoy considera usted eficiente las intervenciones psicoterapeuticas individuales desarrolladas?					
2	¿Hoy considera usted eficiente las intervenciones psicoterapeuticas en grupo ?					
3	En que rango ubica las intervenciones psicoterapeuticas dentro de su propio proceso de recuperacion					
4	¿Como considera las intervenciones psicoterapeuticas para afrontar su vida?					
5	Las intervenciones psicoterapeuticas dentro de este programa ¿Como cree usted que funcionaron?					
6	El tiempo dedicado como participante de este programa le resulto					
7	¿Que efectos cree usted que lograron las intervenciones psicoterapeuticas en su vida?					
8	¿Como cree usted fue la relacion profesional con el psicoterapeuta?					
9	¿Como califica usted la labor del psicoterapeuta?					
10	¿Como califica usted generalmente este programa de intervenciones psicoterapeuticas?					

¡Gracias, por su participacion!

Anexo 7: Cuadro de Mando Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas, en el Grupo de Alcohólicos Anónimos, San Miguelito, República de Panamá, Octubre – Noviembre 2017.

No. de encuesta	Nombre	Edad	Clase de Edad	Sexo	Estado Civil	No. de Hijos	Hijos	Ocupación	Clase IF	Provincia	Distrito	Corregimiento	PRE-T [P1]	PRE-T [P2]	PRE-T [P3]	PRE-T [P4]	PRE-T [P5]	PRE-T [P6]	PRE-T [P7]	PRE-T [P8]	PRE-T [P9]	PRE-T [P10]	POST-T [P1]	POST-T [P2]	POST-T [P3]	POST-T [P4]	POST-T [P5]	POST-T [P6]	POST-T [P7]	POST-T [P8]	POST-T [P9]	POST-T [P10]
1	PT	45	40-49	M	S	2	C	O	B/.500.00 - 999.99	P	P	Bethania	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4
2	MAG	22	20-29	M	S	0	S	O	B/.0.00 - 499.99	P	SM	Mateo Iturralde	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	4	4	5	5	5	5	4	4	5
3	CACB	31	30-39	M	S	2	C	D	B/.0.00 - 499.99	P	SM	José Dom. Espinar	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	MAPR	32	30-39	M	S	0	S	O	B/.1000.00 - 1499.99	P	P	Alcalde Díaz	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	SOCV	30	30-39	M	S	2	C	O	B/.1500.00 - 1999.99	P	SM	Belisario Frías	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	LJ	24	20-29	M	S	0	S	O	B/.1500.00 - 1999.99	P	SM	Ame.Denis De Ica.	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	JFAO	36	30-39	M	S	0	S	O	B/.1500.00 - 1999.99	P	SM	Mateo Iturralde	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	J E	33	30-39	F	S	0	S	D	B/.0.00 - 499.99	P	SM	Belisario Porras	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	E A	28	20-29	M	U	0	S	D	B/.500.00 - 999.99	P	P	Pedregal	4	4	5	5	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	F.	27	20-29	M	U	0	S	O	B/. 2000.00 - 2499.99	P	P	Pueblo Nuevo	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5
11	DHCG	49	40-49	M	S	0	S	O	B/.1000.00 - 1499.99	P	SM	Mateo Iturralde	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	C I	47	40-49	M	C	0	S	O	N/R	P	P	Tocumen	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4

Anexo 7: Registro de Intervenciones desarrolladas en el Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas, en el Grupo de Alcohólicos Anónimos, San Miguelito, República de Panamá, Octubre – Noviembre 2017.

SEMANA DEL PROGRAMA		I ° SEMANA					II ° SEMANA					III ° SEMANA					IV ° SEMANA					Total
SESIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
No. en encuesta	Iniciales Nombre	2-Oct	3-Oct	4-Oct	5-Oct	6-Oct	9-Oct	10-Oct	11-Oct	12-Oct	13-Oct	16-Oct	17-Oct	18-Oct	19-Oct	20-Oct	23-Oct	24-Oct	25-Oct	26-Oct	27-Oct	
1	PT	A		C				SP		C		CA		I		CA	SP			A		6
2	MAG		A			PT			I		A		I		SP			C			A	6
3	CACB			A	SP		PT			I		A		C		-	PT		I	A		5
4	MAPR	A		PT				PS	SP		I			A				I		C		6
5	SOCV		A	-		CA	A		PT		SP		C		I		I		A			6
6	LJ			PT		A			A		SP		I		-	A		C	-	SP		5
7	JFAO		A			SP		PT		SP		I				C		A		CT		6
8	J E			PT	SP			I		CA		CA		C	CA		SP	-	CA		A	5
9	E A	A			C				SP	-	-	-	SP		C		I		I		I	4
10	F.		SP		CA	A		I		SP		I			A		PT		C		A	6
11	DHCG		C		A		I			A			A			PT		SP		A		5
12	C I			A	-	-	PS		I		A			SP	-	SP		C		C	A	5

Abreviaturas:

1. Aclaración (A)
2. Confrontación (C)
3. Interpretación (I)
4. Sugerencia y Prohibición (SP)
5. Control Activo (CA)
6. Posición Terapéutica (PT).

Anexo 8: Grupo de Alcohólicos Anónimos, San Miguelito, República de Panamá, Octubre – Noviembre 2017.

